106-05128/

Édition produite par :
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
Direction de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, en autant que la source soit mentionnée.

Pour obtenir copie(s) de ce document, s'adresser au :
Centre de documentation
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Capitale nationale
555, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : (418) 525-1500, poste 250
Courrier électronique : cecile.ugeux@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté à la section « Réseaux locaux » du site Internet de l'Agence à l'adresse : www.rrsss03.gouv.qc.ca/projet

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN : 2-921332-94-9

TABLE DES MATIÈRES

DÉFINITIONS, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS iii

LETTRE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL AU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX 4

AVANT PROPOS 6

1. LES CARACTÉRISTIQUES DE LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE 7
- 1.1 La région de la Capitale nationale : une région, deux réalités 7
- 1.2 Depuis 1995, une région en évolution 11
- 1.3 Une région universitaire en offre de service suprarégionale 12
- 1.4 La présence de la communauté anglophone 13

2. LA CONSULTATION SUR LES RÉSEAUX LOCAUX 14
- 2.1 Le processus de consultation 14
- 2.2 Les échanges et les positionnements 16

3. LES VÉRITABLES ENJEUX DE LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE 23
- 3.1 Des enjeux propres aux territoires de Portneuf et de Charlevoix 23
- 3.2 Les habitudes de consommation de services d'une population urbaine 23
- 3.3 La délimitation du territoire local en milieu urbain 24
- 3.4 Le maintien de la mission de la 1re ligne au regard de l'inclusion de centres hospitaliers offrant des services spécialisés 25
- 3.5 La mission universitaire et suprarégionale 26
- 3.6 La continuité de services 26
- 3.7 L'adaptation des services aux besoins de la communauté anglophone 27
- 3.8 La capacité d'adaptation et de mobilisation des ressources humaines 27

4. LE PROJET RÉGIONAL : UNE APPROCHE RÉSEAU ET D'INTERDÉPENDANCE AU-DELÀ DE NOS INSTITUTIONS 28
- 4.1 La vision d'un réseau local 28
- 4.2 Les leviers d'interdépendance 30
- 4.3 Une région universitaire suprarégionale 31
- 4.4 La responsabilité populationnelle et le découpage territorial 32
- 4.5 L'engagement comme levier de mobilisation 34

5. LA PROPOSITION DE L'AGENCE 36
5.1 Le territoire 36
5.2 L'instance locale et son réseau local 37
5.3 Le principe de proximité par une stratégie de déconcentration et de renforcement des services de 1re ligne 39
5.4 Les ententes et les engagements mutuels 41
5.5 La stratégie de mise en œuvre 43
5.6 La recommandation adressée au ministre 44
5.7 Une réponse en cohérence avec les objectifs de la Loi et les résultats de la consultation 46

Définitions, acronymes et abréviations

Acronymes	Description
Agence	Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
CH	Centre hospitalier
CH*A*	Centre hospitalier *affilié*
CHRG	Centre hospitalier Robert-Giffard
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHSP	Centre hospitalier de soins psychiatriques
CHUL	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CIR	Commission infirmière régionale
CLSC	Centre local de services communautaires
CMR	Commission médicale régionale
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
DRMG	Département régional de médecine générale
GMF	Groupe de médecine de famille
Loi 25	Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Loi 30	Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime des négociations des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic
Loi 90	Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé
PECA	Programme d'évaluation et de coordination des admissions
PREM	Plan régional des effectifs médicaux
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RUIS-UL	Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval
UMF	Unité de médecine familiale

Lettre du Président-directeur général au ministre de la Santé et des Services sociaux

Monsieur le Ministre,

C'est avec plaisir que l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (Agence) vous soumet sa recommandation concernant le modèle régional d'organisation de services de santé et de services sociaux intégrés.

En janvier 2004, vous nous mandatiez pour formuler une recommandation à cet effet à partir d'un processus de consultation permettant la recherche du plus large consensus possible. Ce large consensus, nous pouvons vous l'assurer. Nous avons rencontré, au cours du mois de mars, plus de 400 personnes, à la fois sur chacun des territoires locaux actuels et auprès de groupes régionaux plus homogènes. L'Agence a tenu à ne défendre aucun scénario durant cette consultation mais davantage à se placer en mode d'écoute et de compréhension autour de thématiques et d'hypothèses de configuration de territoires et d'instances locales.

C'est à partir de l'expression et de l'argumentaire des gens de la région que nous avons bâti la recommandation que nous vous soumettons. Celle-ci peut se résumer en cinq points majeurs :

- Quatre territoires locaux pour l'ensemble de la région, soit Portneuf, Charlevoix, Québec-Sud : composé des anciens territoires Sainte-Foy – Sillery – Laurentien et Québec-Centre, et Québec-Nord : composé des anciens territoires Orléans, La Source et De la Jacques-Cartier;
- La fusion conséquente des établissements situés sur ces mêmes territoires, en demandant l'application de l'exception à la règle, soit l'exclusion des hôpitaux universitaires des instances locales et l'examen d'une situation particulière pour la communauté anglophone;
- Le renforcement des services de 1re ligne par le transfert de responsabilités de l'hôpital vers l'instance locale, sans nécessairement déplacer le personnel des lieux de travail d'origine, permettant ainsi une interdépendance entre l'hôpital et l'instance locale;
- La mise en place d'autres leviers d'interdépendance telles la réalisation d'un projet de partage de l'information par la mise en place d'une infrastructure électronique et d'une infostructure commune à l'ensemble des professionnels de la santé, avec le consentement de leurs patients, dans le cadre du projet d'informatisation du réseau, et la mise en place d'un processus plus encadré de rédaction, de suivi et même d'arbitrage des ententes de services;
- Enfin, l'engagement de l'ensemble des partenaires à la réalisation du modèle régional d'organisation de services intégrés et le renforcement du processus de gestion du projet régional par un comité directeur, composé des principaux représentants des producteurs de services, responsable de la rédaction et de la réalisation du plan de mise en œuvre.

Cette recommandation a reçu l'appui unanime : du Département régional de médecine générale, de la Commission médicale régionale, de la Commission infirmière régionale, de la Commission multidisciplinaire régionale, du Réseau universitaire intégré de services, du Forum des directeurs généraux des établissements publics de santé et de services sociaux de la région de la Capitale nationale, du Comité directeur du projet régional d'organisation de services intégrés, du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de Québec, de la communauté culturelle anglophone, et l'appui majoritaire : du Forum de la population (un vote contre), des conseils d'administration des établissements de santé et de services sociaux de la région de la Capitale nationale et des députés de notre région.

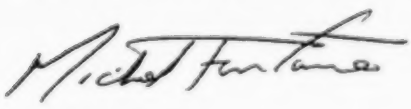
Bien que minoritaires, nous devons quand même vous informer que le conseil d'administration de l'établissement local du territoire De la Jacques-Cartier et celui du sous territoire Basse-Ville – Limoilou – Vanier auraient préféré demeurer autonomes. Également, les syndicats régionaux consultés souhaitaient le statu quo quant au découpage territorial, mais sont plutôt d'accord avec l'esprit, les principes et l'organisation clinique du projet régional. Par ailleurs, ces instances déplorent le fait qu'il sera très complexe pour eux d'avoir à vivre l'application de la *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales et modifiant la Loi sur le régime des négociations des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic* (loi 30), au même moment où ils seront sollicités de façon importante pour collaborer à l'actualisation des réseaux locaux de services intégrés.

Vous remarquerez, de cette recommandation, notre volonté de mettre en place des réseaux de services au-delà des structures et, ainsi, briser ce paradigme d'une offre de service s'appuyant trop souvent sur les bâtiments et les institutions davantage que sur les professionnels.

Enfin, nous attirons votre attention sur notre recommandation portant sur la gouverne des services offerts à la communauté anglophone, sur laquelle il y a eu accord entre celle-ci et l'Agence.

Nous vous remercions de l'attention que vous porterez à notre recommandation et comptons sur votre appui pour faire de ce projet un projet porteur, à la fois pour les services de 1re ligne, les services spécialisés et la mission universitaire suprarégionale.

Le président-directeur général,



Michel Fontaine

Avant propos

Le 17 décembre 2003, l'Assemblée nationale adoptait le projet de loi n° 25, *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Cette loi confère notamment à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale (l'Agence), le mandat de développer, pour son territoire, un ou plusieurs réseaux locaux de services intégrés.

Dans un cadre de référence, le ministère de la Santé et des Services sociaux a défini le concept de réseau local de services intégrés. Cette définition englobe les définitions de l'offre de service locale, de l'instance locale et du partenariat dans le réseau local.

Les *réseaux locaux de services intégrés* constituent un réseau de partenaires qui deviendront, ensemble, responsables d'offrir à la population d'un territoire défini des services de base, tant dans le domaine de la santé que dans le domaine social.

Au cœur de ce réseau de partenaires est définie une instance locale (établissement) qui regroupe les services offerts par un centre local de services communautaires (CLSC), un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et un centre hospitalier (CH). De plus, l'instance locale a la responsabilité de coordonner l'offre de service de l'ensemble des partenaires de son territoire et doit établir des ententes de services pour les services plus spécialisés offerts par des établissements à vocation régionale (centres hospitaliers spécialisés et surspécialisés, centres jeunesse, centres de réadaptation).

Le réseau local a une responsabilité populationnelle en matière d'offre de services de santé et de services sociaux pour la population demeurant sur un territoire donné. Il est imputable devant celle-ci.

Le réseau local étant au service d'une population donnée, il convient de déterminer la portée territoriale de ce réseau. Sa taille doit être le meilleur résultat de l'adéquation entre le territoire de référence, la population desservie et les ressources disponibles.

L'instance locale est un établissement qui a pour mission d'assurer l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à la population du territoire local. Elle regroupe sous un même conseil d'administration (formé de gestionnaires, de cliniciens et de représentants de la population et des usagers) un ou plusieurs CLSC, CHSLD et centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de référence et poursuit une mission de 1re ligne.

Le présent document est la recommandation de l'Agence au ministre de la Santé et des Services sociaux, en conformité avec l'article 25 de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*.

1. Les caractéristiques de la région de la Capitale nationale

L'élaboration d'une proposition visant la mise en place d'un ou de plusieurs réseaux locaux sur le territoire d'une région requiert au préalable une solide compréhension de la réalité sociosanitaire de cette région. De fait, il importe de bien comprendre comment les services ont été organisés au fil des années, pour s'assurer que la proposition soumise soit le moins possible en rupture de cohérence avec les décisions antérieures, et ce, tout en respectant le mandat confié par le ministre à l'Agence, en vertu de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, adoptée le 17 décembre 2003.

1.1 La région de la Capitale nationale : une région, deux réalités

La région de la Capitale nationale se subdivise en sept territoires sociosanitaires locaux, dont cinq se trouvent dans Québec-Métro. Aux extrémités de la région, en zone plus rurale ou semi-urbaine, deux territoires : Portneuf et Charlevoix, dont les caractéristiques de l'offre de service sociosanitaire correspondent à la définition d'un réseau local.

Portneuf et Charlevoix :

Le territoire de Portneuf, avec une population de 46 030 personnes, se caractérise par une proportion plus élevée de personnes de 65 ans et plus que dans la région. La population du territoire est moins scolarisée, le taux d'emploi et le revenu moyen des particuliers y sont également plus faibles. Pour ce qui est de l'état de santé, il est comparable à celui de la région. Toutefois, il se démarque par une mortalité par suicide élevée, celle-ci se traduisant par 13 décès par année en moyenne.

L'établissement local desservant le bassin populationnel de Portneuf est le Centre de santé de Portneuf. À l'exception des services hospitaliers généraux et des spécialités de base, le territoire de Portneuf possède toute la gamme de services de 1re ligne d'un réseau local de services, y compris les services reliés aux urgences. De plus, le territoire présente un niveau élevé d'autosuffisance pour la majorité des services : plus de 96 % pour les services en CLSC; plus de 90 % pour les services dispensés par les médecins omnipraticiens pratiquant au Centre de santé ou dans les cabinets privés; un taux de réponse de 116 % aux besoins en lits d'hébergement. Quant aux services d'hospitalisation, la population de Portneuf consomme actuellement plus de 80 % de ceux-ci dans quatre hôpitaux soit, par ordre d'importance, l'Hôpital du Saint-Sacrement (29 %), l'Hôpital Laval (18 %), l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (17 %) et le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) (16 %).

Pour sa part, le territoire de Charlevoix, avec une population de 29 728 personnes, se caractérise également par une proportion plus importante de personnes de 65 ans et plus que dans la région. Sur le plan économique, la situation est défavorable : la population est peu scolarisée, le taux d'emploi est faible et le revenu moyen des particuliers est l'un des plus faibles de la région. L'espérance de vie à la naissance est inférieure à celle du Québec. Les décès liés aux cancers et aux maladies de l'appareil respiratoire y sont proportionnellement plus nombreux.

Le territoire de Charlevoix est conforme aux principes directeurs d'un réseau local puisqu'il comporte toute la gamme des services, hospitalisations comprises, offerts par le CLSC Charlevoix – Centre hospitalier de Charlevoix – Centre hospitalier St-Joseph de La Malbaie. Il est autosuffisant pour la majorité de ses services hospitaliers (à 85 % pour les urgences, à 75 % pour les hospitalisations et à 57 % pour les chirurgies); pour les services en CLSC (à 99 %); pour les services dispensés par les médecins omnipraticiens pratiquant au CLSC et en cabinets privés (à 96 %); et en hébergement (avec un taux de réponse de 106 % aux besoins en lits d'hébergement). Charlevoix compte sur un conseil d'administration unique pour des établissements regroupés, mais non fusionnés.

Québec-Métro

L'agglomération urbaine de Québec-Métro, avec ses quelque 578 000 habitants, présente des caractéristiques différentes de celles des territoires de Portneuf et de Charlevoix. Elle est actuellement découpée en cinq territoires locaux : De la Jacques-Cartier; Sainte-Foy – Sillery – Laurentien; La Source; Orléans; et Québec-Centre (qui comprend deux établissements locaux pour ses territoires Haute-Ville – Des Rivières et Basse-Ville – Limoilou – Vanier).

Sainte-Foy – Sillery – Laurentien

Sur le plan démographique, ce territoire, avec ses 131 247 personnes, présente une structure d'âge qui en fait une population un peu plus âgée que celle de la région. Dans son ensemble, il bénéficie de bonnes conditions socio-économiques : population plus scolarisée, taux d'emploi élevé et revenu moyen des particuliers le plus élevé de la région. Enfin, le territoire possède des caractéristiques d'état de santé très favorables, dont la plus longue espérance de vie en bonne santé de la région.

Desservie par le CLSC-CHSLD Sainte-Foy – Sillery – Laurentien, la population du territoire utilise les services de cet établissement dans une proportion de 84 % et plus (services de santé publique, services généraux ponctuels et services spécifiques de moyenne et longue durée). Elle fait de même pour les services dispensés par les médecins omnipraticiens dans l'établissement local actuel et dans les cabinets privés de son territoire, dans une proportion de 78 %. Toutefois, compte tenu du faible nombre de lits d'hébergement disponibles sur le territoire, le taux de réponse aux besoins en lits d'hébergement de la population n'est que de 34 %.

De la Jacques-Cartier

La population de ce territoire, qui s'élève à 90 850 personnes, présente une structure d'âge plus jeune que celle de la région. La situation socio-économique y est meilleure que dans l'ensemble de la région en raison du taux d'emploi élevé et de la faible proportion de personnes vivant sous le seuil de faible revenu. L'état de santé de la population est favorable et l'espérance de vie à la naissance dépasse la moyenne québécoise.

La population utilise les services du Centre de santé de la Haute-Saint-Charles dans une proportion de 82 % et plus pour les services de santé publique et pour les services spécifiques de moyenne et longue durée. Les services généraux ponctuels, pour leur part, sont utilisés dans l'établissement local dans une proportion de 71 %, une certaine partie de la population utilisant ces services au CLSC-CHSLD La Source (21 %). Le taux d'autosuffisance des services médicaux dans l'établissement et les cabinets privés du territoire atteint 77 %. Pour ce qui est de l'hébergement, le territoire est en déficit puisqu'il ne peut répondre qu'à 59 % des besoins de sa population. Il est à noter que la présence des services d'urgence dans l'établissement local de ce territoire fait en sorte que près du tiers (31,3 %) des services utilisés par la population l'ont été dans cet établissement. De plus, celui-ci possède des plateaux techniques et diagnostiques plus élaborés que ceux disponibles dans les autres instances locales du Québec-Métro.

Québec-Centre

Le territoire Haute-Ville – Des Rivières, avec une population de 76 358 personnes, se caractérise par une structure démographique plus âgée que celle de la région. Dans l'ensemble, la population y est aussi plus scolarisée et le revenu moyen des particuliers est plus élevé. Par contre, le chômage y est important et la proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu est plus élevée que la moyenne régionale. Malgré le fait que richesse et pauvreté cohabitent sur ce territoire, l'ensemble de la population bénéficie d'un état de santé favorable.

Le CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières dessert la population du territoire qui y consomme les services de santé publique, généraux ponctuels et de moyenne et longue durée dans une proportion de 85 % et plus. Les services médicaux en omnipratique sont utilisés sur le territoire dans une proportion de 65 %. Le territoire possède les ressources en hébergement permettant de répondre aux besoins de sa population, avec un taux de réponse de 107 %.

Le territoire Basse-Ville – Limoilou – Vanier a une population de 79 781 personnes dont la portion des 65 ans et plus est plus importante que celle de la région. La situation socio-économique est difficile : la population est peu scolarisée, le taux d'emploi et le revenu moyen des particuliers y sont très faibles. L'état de santé y est très défavorable et la mortalité par suicide est deux fois plus élevée que dans l'ensemble du Québec.

Le CLSC-CHSLD Basse-Ville – Limoilou – Vanier est l'établissement du territoire local. Plus de 81 % de la population y consomme ses services. Celle-ci utilise les services médicaux en omnipratique sur son territoire dans une proportion de 63 % et plus. Les lits d'hébergement disponibles sur le territoire permettent de répondre aux besoins de la population, le taux de réponse aux besoins étant évalué à 115 %.

Orléans

La population de ce territoire s'élève à 106 649 personnes et se caractérise par une structure démographique qui s'apparente à celle de la région de Québec, bien que légèrement plus jeune. Sur le plan socio-économique, le territoire se démarque peu de la moyenne régionale. Le bilan de l'état de santé de la population est toutefois mitigé. Il est positif pour certains indicateurs d'hospitalisations et d'incapacité, mais l'espérance de vie à la naissance y est inférieure à celle de l'ensemble du Québec. De plus, les décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire et à celles de l'appareil respiratoire y sont plus nombreux.

La population utilise les services de santé publique, les services généraux ponctuels et ceux de moyenne et longue durée au Centre de santé Orléans, dans une proportion de 88 % et plus. Elle fait de même pour les services dispensés par les médecins omnipraticiens dans l'instance locale et en cabinets privés, dans une proportion de 78 %. Grâce aux nombreuses ressources présentes sur le territoire, le taux de réponse aux besoins en lits d'hébergement est évalué à 142 %.

La Source

La population de ce territoire s'élève à 92 962 personnes. La pyramide des âges montre une population dont la répartition s'apparente à celle de la région, bien que légèrement plus jeune. Le territoire bénéficie d'une situation socio-économique supérieure à celle de la région et l'état de santé de la population est favorable, avec une espérance de vie à la naissance plus élevée que celle du Québec.

Le CLSC-CHSLD La Source est l'établissement local actuel. La population du territoire y consomme 95 % et plus des services compris dans les trois volets usuels des services en CLSC. La population utilise également les services de médecins omnipraticiens exerçant dans l'instance locale actuelle et dans les cabinets privés de son territoire dans une proportion de 78 %. Le territoire est en déficit de lits d'hébergement puisqu'il ne peut répondre qu'à 44 % des besoins de sa population.

Les services hospitaliers

La région comprend également, sur le territoire de Québec-Métro, trois établissements hospitaliers qui desservent la population pour l'ensemble des services généraux et des spécialités de base, soit le CHUQ (CHUL, L'Hôtel-Dieu de Québec et l'Hôpital Saint-François-d'Assise), le CHA (l'Hôpital du Saint-Sacrement et l'Hôpital de l'Enfant-Jésus) et l'Hôpital Laval.

L'analyse de la consommation des services hospitaliers généraux et des spécialités de base révèle un profil de consommation des citoyens plutôt hétérogène :

Répartition des admissions par la population des territoires locaux en fonction des hôpitaux traitants en 2002-2003

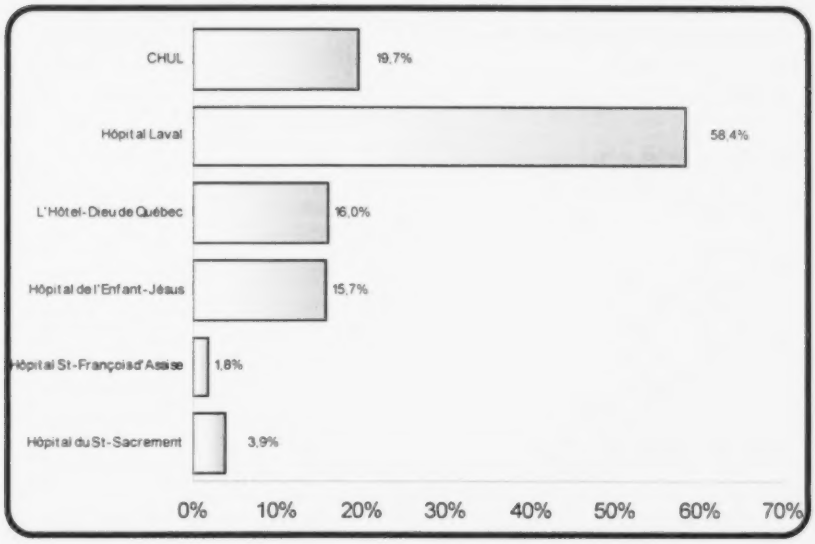
District de CLSC	Saint-Sacrement	Saint-François-d'Assise	Enfant-Jésus	Hôtel-Dieu	Laval	CHUL	Autre hôpital	Total
Laurentien	16 %*	9 %	16 %	10 %	22 %	23 %	4 %	100 %
Ste-Foy, Sillery	14 %	8 %	10 %	12 %	28 %	25 %	3 %	100 %
Jacques-Cartier	15 %	15 %	24 %	11 %	19 %	13 %	3 %	100 %
Haute-Ville	39 %	5 %	10 %	25 %	6 %	9 %	6 %	100 %
Des Rivières	12 %	18 %	23 %	15 %	16 %	13 %	3 %	100 %
Basse-Ville	23 %	18 %	17 %	28 %	6 %	5 %	3 %	100 %
Limoilou-Vanier	7 %	35 %	35 %	12 %	5 %	4 %	2 %	100 %
La Source	5 %	36 %	33 %	12 %	7 %	4 %	3 %	100 %
Beauport	4 %	13 %	64 %	10 %	4 %	3 %	2 %	100 %
Orléans	6 %	7 %	53 %	26 %	4 %	2 %	2 %	100 %

* Exemple : 16 % des services d'hospitalisation du niveau d'un réseau local consommés par la population du bassin Laurentien, le sont à l'Hôpital du Saint-Sacrement.

Dans la majorité des territoires de Québec-Métro, l'attraction de la population pour un centre hospitalier varie de 4 à 39 %. Deux territoires font exception, avec une utilisation majoritaire des services hospitaliers dans une même installation : 64 % des services hospitaliers utilisés par les citoyens du district de Beauport le sont à l'hôpital de l'Enfant-Jésus et cette proportion est de 53 % pour les citoyens du district d'Orléans. À l'exception de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, il n'y a pas d'hôpital qui consacre la majorité de ses ressources à la population du territoire local auquel il se rattache géographiquement. La desserte hospitalière se répartit entre chacun des hôpitaux selon un modèle qui, de toute évidence, n'est pas fondé sur une logique strictement géographique.

Une analyse des volumes de services en surspécialités et en offre suprarégionale démontre des différences importantes entre les hôpitaux.

Proportion des hospitalisations pondérées de niveau suprarégional en fonction du volume total de production, après la réorganisation des services en santé physique



À l'exception de l'Hôpital Laval, dont la proportion des activités surspécialisées est majoritaire, tous les autres centres hospitaliers consacrent moins de 20 % de leur production à des activités de niveau suprarégional. Deux hôpitaux possèdent une plus faible proportion de production de services surspécialisés : l'Hôpital du Saint-Sacrement, avec 3,9 % de sa production, et l'Hôpital Saint-François-d'Assise, avec 1,8 %.

1.2 Depuis 1995, une région en évolution

La transformation du système régional de services de santé et de services sociaux, amorcée en 1995, a modifié de façon importante l'organisation même des services et les façons de donner les soins. Plus précisément, quatre établissements ont vu leur mission changer de la courte durée vers la longue durée, un autre a été fermé (centre hospitalier Courchesne), plusieurs ont été regroupés (CHSLD et centres de réadaptation en déficience physique et sensorielle, etc.) et un établissement a été créé pour la réadaptation en toxicomanie.

C'est aussi dans cette foulée que s'est opérée la transformation du visage hospitalier de la région, par la fusion des hôpitaux pour former les établissements CHUQ et CHA. De plus, dès 1998, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, via le *Plan de consolidation des services 1999-2002 : consolider l'accès aux services sur une base locale et régionale*, campait les vocations des hôpitaux Saint-François-d'Assise du CHUQ et Saint-Sacrement du CHA, pour qu'ils deviennent des sites de forts volumes de soins généraux et spécialisés et que soient concentrés les services tertiaires dans les trois autres sites du CHUQ et du CHA, ainsi qu'à l'Hôpital Laval.

À ces changements, se sont greffées des exigences ministérielles d'accroissement de la performance hospitalière et de l'accès à certains services : diminution des séjours hospitaliers et du nombre de jours d'hospitalisation en longue durée dans des lits de courte durée; augmentation des chirurgies d'un jour, des soins et services ambulatoires (soins et maintien à domicile) et des admissions en hébergement et soins de longue durée. La région de Québec a mis en œuvre ces orientations qui ont eu pour effet de renforcer la 1re ligne.

Les autres établissements à vocation régionale tels le Centre hospitalier Robert-Giffard, le Centre jeunesse et les centres de réadaptation ont aussi apporté des modifications importantes à leur offre de service et aux pratiques professionnelles.

Plusieurs des orientations régionales du *Plan de consolidation des services* appuient également la volonté de doter la région d'une organisation locale forte sur chaque territoire. Parmi celles-ci, l'instance régionale avait choisi de favoriser l'unification, sous un seul conseil d'administration, des établissements CLSC et CHSLD d'un même territoire, et ce, afin de faciliter la gestion territoriale et d'accroître l'imputabilité à l'égard des services de base offerts à la population. Depuis 1998, chacun des territoires a procédé à cette fusion, à l'exception de Charlevoix dont les établissements sont regroupés mais non fusionnés.

En ce qui concerne les services d'hébergement, la population a accès à l'ensemble des lits de la région, peu importe le territoire où se trouvent les sites d'hébergement, grâce à un mécanisme d'orientation et d'admission régional, soit le programme d'évaluation et de coordination des admissions (PECA). C'est aussi par ce mécanisme que peut se faire la régulation facilitant la relocalisation des personnes âgées en attente d'hébergement qui occupent parfois des lits d'observation dans les urgences ou des lits d'hospitalisation, occasionnant des problèmes d'attente pour les chirurgies.

Pour ce qui est des services hospitaliers, les recommandations du *Rapport sur l'organisation des services médicaux de la région de Québec* (Rapport Gabrièle), en 2002, ont contribué à modeler l'organisation régionale. Parmi les domaines cliniques soumis aux transformations attendues, se trouvent la santé mentale, la gériatrie et les soins palliatifs, la chirurgie générale et l'anesthésiologie ainsi que le regroupement de l'ophtalmologie. Plusieurs changements sont récents, pensons notamment à la localisation des activités d'obstétrique et d'autres, dont l'actualisation reste à compléter (gynécologie, création du Centre de l'œil pour la région).

Il est important de rappeler que les modifications apportées aux missions et aux vocations des établissements, depuis 1995, ont eu des répercussions importantes sur les ressources humaines, notamment la déstabilisation des équipes de travail, les incertitudes quant aux nouveaux mandats des organisations, le roulement important du personnel, l'augmentation significative du taux d'absentéisme, principalement pour des raisons de santé mentale, le non parachèvement des nouveaux modèles d'organisation du travail. Une partie de ces effets a d'ailleurs été confirmée par les résultats de l'étude du Groupe Bourbonnais.

1.3 Une région universitaire et une offre de service suprarégionale

La région de la Capitale nationale est caractérisée par la reconnaissance de son fait universitaire avec la présence du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (RUIS-UL). De fait, plusieurs établissements œuvrant dans les secteurs tant social qu'hospitalier détiennent le statut universitaire, sous une forme ou une autre (universitaire, affilié, institut). Pensons notamment à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, au CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières, au Centre jeunesse de Québec, à l'Hôpital Laval, au CHA et au CHUQ.

Le RUIS-UL, c'est aussi la prestation de soins spécialisés et ultraspécialisés, de l'enseignement et de la recherche pour les établissements de six autres régions. En effet, plusieurs établissements possèdent un

mandat suprarégional à l'égard des clientèles et des établissements des régions de Chaudière-Appalaches, Saguenay – Lac-Saint-Jean, Mauricie et Centre-du-Québec, Côte-Nord et Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine. Cette caractéristique de la région de la Capitale nationale commande une responsabilité et des devoirs particuliers en matière de recherche et d'enseignement à l'égard des maisons d'enseignement et des clientèles nécessitant des services de niveaux spécialisés et surspécialisés de la région de la Capitale nationale et des six autres régions précitées.

1.4 La présence de la communauté anglophone

La présence dynamique de la communauté anglophone dans la région de la Capitale nationale a eu une influence importante sur l'organisation des services de santé et des services sociaux de la région. C'est en ce sens que s'applique actuellement le principe de la concentration des services en langue anglaise et, conséquemment, la désignation de Saint Brigid's Home inc. comme établissement anglophone, avec une mission régionale d'hébergement et de soins de longue durée et de services de jour. L'Hôpital Jeffery Hale est un établissement public issu de la communauté anglophone en 1865. Dans les suites du Plan de transformation (1995), la mission de cet établissement s'est concentrée davantage sur les services gériatriques et ambulatoires. Pour les services de type CLSC, l'offre provient, depuis 1997, du Holland Center, lequel est issu d'un partenariat innovateur qui regroupe les ressources d'un organisme communautaire, la Corporation de développement de ressources Holland, et de quatre établissements, soit le CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières, le Centre jeunesse de Québec, l'Hôpital Jeffery Hale et Saint Brigid's Home inc.

2. La consultation sur les réseaux locaux

2.1 Le processus de consultation

Pour mener à bien le projet régional d'organisation de services intégrés «Un défi de proximité, d'accessibilité et de continuité», l'Agence a réalisé une démarche de consultations pour obtenir les réactions, les commentaires et les recommandations des représentants de la population, des personnes qui travaillent à donner des services à la population et des personnes à qui l'on confie la gestion des services. Les réactions et commentaires recueillis ont porté sur : la définition de l'instance locale, principalement l'inclusion ou non d'un centre hospitalier; le découpage du territoire local; les besoins à combler et les stratégies proposées, soit détenir l'accès aux services ou assurer l'accès; les modalités de collaboration et les ententes complémentaires.

La base des réseaux locaux étant l'instance locale, l'Agence a d'abord rencontré, sur chacun des territoires locaux actuels, les personnes qui, demain, feront partie des partenaires du réseau local. Plus précisément, il s'agissait des principaux représentants des instances actuelles qui offrent des services à la population du territoire (incluant les établissements régionaux), et des actuels partenaires du secteur sociosanitaire du territoire local tel que défini par la Loi. Ces rencontres réunissaient environ 25 personnes dans chacun des huit forums de consultation (un total de 200 personnes).

Puis, dans un second temps, par le biais de rencontres régionales regroupant des personnes qui partagent les mêmes objets de préoccupation, d'autres personnes ou groupes directement concernés par les services de santé et les services sociaux ont été entendus. Sept forums de consultation ont réuni en moyenne 20 personnes chacun (maires et élus municipaux, communauté anglophone, syndicats, établissements à vocation régionale et RUIS, organismes communautaires, commissions régionales et Département régional de médecine générale, représentants des usagers).

Au total, nous avons rejoint environ 350 personnes à titre de participants et plus de 200 personnes, à titre d'observateurs.

Ces rencontres, sous la formule de «groupes de discussion» avec animation, questions dirigées et hypothèses servant à illustrer ce que pourrait donner l'application de la Loi dans notre région, ont permis de recueillir, à la fois les positions respectives des personnes et des organisations consultées et, également, leurs réactions aux informations transmises durant ces discussions. Au cours de cet exercice, il fut également possible, pour les personnes ou groupes de personnes, de déposer un mémoire faisant valoir leur point de vue concernant le projet régional et ses répercussions potentielles.

Deux recommandations et sept hypothèses ont été soumises à la consultation :

La recommandation pour le territoire de Portneuf :

Maintien du bassin actuel et désignation de l'instance locale actuelle. Entente de services à convenir pour les services d'hospitalisation.

La recommandation pour le territoire de Charlevoix :

Maintien du bassin actuel et désignation d'une instance locale entraînant, par voie de conséquence, la fusion des établissements déjà regroupés.

Hypothèse N° 1 pour l'agglomération urbaine de Québec-Métro :

- Regroupement des bassins populationnels Orléans et La Source, et désignation d'une instance locale unique. Entente de services à convenir pour les services d'hospitalisation de base.
- Regroupement des bassins populationnels Haute-Ville, Des Rivières, Basse-Ville, Limoilou, Vanier, et désignation d'une instance locale unique incluant l'Hôpital Saint-François-d'Assise et l'Hôpital du Saint-Sacrement.
- Maintien des bassins populationnels actuels Sainte-Foy, Sillery et Laurentien, ainsi que de l'instance locale actuelle. Entente de services à convenir pour les services d'hospitalisation de base.
- Maintien du bassin populationnel actuel De la Jacques-Cartier, ainsi que de l'instance locale actuelle. Entente de services à convenir pour les services d'hospitalisation de base.

Hypothèse N° 2 pour l'agglomération urbaine de Québec-Métro :

- Regroupement des bassins populationnels Orléans et La Source, et désignation d'une instance locale unique. Entente de services à convenir pour les services d'hospitalisation de base.
- Regroupement des bassins Sainte-Foy, Sillery et Laurentien avec celui de Haute-Ville, et désignation d'une instance locale unique incluant l'Hôpital du Saint-Sacrement.
- Regroupement des bassins Basse-Ville, Limoilou, Vanier avec celui Des Rivières, et désignation d'une instance locale unique incluant l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
- Maintien du bassin populationnel actuel De la Jacques-Cartier, ainsi que de l'instance locale actuelle. Entente de services à convenir pour les services d'hospitalisation de base.

Hypothèse N° 3 pour l'agglomération urbaine de Québec-Métro :

- Regroupement des bassins populationnels Orléans et La Source, et désignation d'une instance locale unique. Entente de services à convenir pour les services d'hospitalisation de base.
- Regroupement des bassins Basse-Ville, Limoilou, Vanier avec celui Des Rivières, et désignation d'une instance locale unique incluant l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
- Regroupement des bassins populationnels Sainte-Foy, Sillery et Laurentien avec ceux de Haute-Ville et De la Jacques-Cartier, et désignation d'une instance locale unique incluant l'Hôpital du Saint-Sacrement.

Hypothèse N° 4 pour l'agglomération urbaine de Québec-Métro :

- Regroupement des bassins Basse-Ville, Limoilou, Vanier et Des Rivières avec ceux d'Orléans et La Source, et désignation d'une instance locale unique incluant l'Hôpital Saint-François-d'Assise.
- Regroupement des bassins populationnels Sainte-Foy, Sillery et Laurentien avec ceux de Haute-Ville et De la Jacques-Cartier, et désignation d'une instance locale unique incluant l'Hôpital du Saint-Sacrement.

Hypothèse N° 5 pour l'agglomération urbaine de Québec-Métro :

À l'exception de l'Hôpital Laval, en raison de son volume important d'activités surspécialisées, la possibilité d'assurer à chaque réseau local l'inclusion d'un des hôpitaux du Québec-Métro;

Hypothèse N° 6 pour l'agglomération urbaine de Québec-Métro :

Le maintien des établissements CHUQ et CH*A*, en faisant valoir l'exception, et l'identification des mesures légales et permanentes à prendre pour régler le problème de la continuité des services entre les CLSC-CHSLD et les hôpitaux.

Hypothèse N° 7 pour l'agglomération urbaine de Québec-Métro :

Un seul réseau local, incluant les hôpitaux du CHUQ et du CH*A* regroupés dans une seule instance locale.

Nous voulions une véritable discussion et nous l'avons obtenue. Le processus de consultation fut apprécié des participants et reconnu comme crédible.

2.2 Les échanges et les positionnements

Consultations au niveau local

Les principales consultations menées au niveau local ont rejoint des préoccupations davantage reliées au concept de d'instance locale qu'à celui de réseau local. Les discussions ont d'ailleurs eu lieu majoritairement entre les producteurs institutionnels de services, et très souvent les partenaires du réseau local ont cherché leur place véritable dans ces échanges. Le concept de réseau local est souvent loin derrière le concept d'instance locale. La taille de l'instance locale relègue dans l'ombre les autres partenaires du réseau local. De l'opinion de certains, ces derniers ne font pas le poids.

Au cœur des échanges : l'inclusion ou non de l'hôpital dans l'instance locale. Le positionnement des CH est clairement énoncé : pas d'intégration dans l'instance locale sans mettre en jeu le caractère universitaire qui est essentiel au statut de l'institution, au recrutement et à la rétention de la main-d'œuvre médicale. Le positionnement des CLSC-CHSLD est généralement relié à l'expérience des dirigeants et de leurs proches collaborateurs dans la mise en réseau. Certains réclament l'inclusion du CH et d'autres n'y tiennent pas du tout. Un argument très souvent entendu est le danger d'affaiblir l'offre de service de la 1re ligne par l'inclusion du poids important du volet hospitalier; la crainte que la préoccupation hospitalière prenne le dessus dans les discussions et les décisions de l'instance locale et du réseau local.

Les données sur la consommation des services hospitaliers présentées par l'Agence ont permis de cerner certains enjeux, notamment que la population vivant dans l'agglomération urbaine de Québec-Métro n'entretient pas de lien avec le territoire local pour les services hospitaliers. Pour les épisodes de soins de courte durée, le médecin traitant demeure le critère de base dans le choix de l'hôpital. Par ailleurs, les décisions antérieures touchant l'organisation des services hospitaliers soulèvent un enjeu additionnel quant à la réelle capacité de doter le réseau local d'une gamme complète de services

hospitaliers. Comme on le sait, certains services hospitaliers liés à la gamme de services d'un réseau local ont fait l'objet d'une centralisation sur un seul site hospitalier (pédiatrie, obstétrique, chirurgie). À cet égard, l'Hôpital du Saint-Sacrement a souvent été identifié comme un hôpital n'offrant plus l'ensemble de la gamme de services attendus d'une instance locale incluant un centre hospitalier. Enfin, la non-inclusion de l'Hôpital Laval dans tout réseau local fait l'unanimité.

Les données sur l'hébergement démontrent aussi cette perméabilité des territoires. Certains territoires réclament une révision du découpage territorial qui favorise une plus grande autosuffisance en services d'hébergement, alors que d'autres demandent de maintenir cette perméabilité, en reconnaissant le libre choix du citoyen sur le territoire de l'agglomération urbaine de Québec-Métro.

Beaucoup de personnes se questionnent sur l'impact véritable d'une révision en profondeur de la composition de l'instance locale. Plusieurs ont invoqué l'importance du choix du citoyen dans l'utilisation des services hospitaliers et d'hébergement, et beaucoup doutent de la capacité d'attraction et de rétention du territoire pour cette gamme précise de services.

Cependant, tous sont sensibles aux questions de la continuité des services et de l'imputabilité populationnelle. Le défi devient alors de trouver les leviers garantissant cette continuité et cette imputabilité. Les ententes apparaissent comme les premiers moyens privilégiés. Rapidement, la discussion a apporté son lot d'exemples d'ententes qui fonctionnent ou pas. Beaucoup d'ententes reposent davantage sur l'engagement de professionnels que sur celui des institutions. Peu de personnes ont été en mesure d'exprimer clairement les conditions précises d'une entente qui fonctionne, mis à part le volet financier. Tous reconnaissent le travail important qui doit être fait pour donner aux ententes le caractère d'impact qu'on y recherche. Plusieurs craignent l'effet « spaghetti » de ces ententes multiples. L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, le Centre jeunesse de Québec, le Centre hospitalier Robert-Giffard et les partenaires intersectoriels sont souvent cités en exemples en matière d'ententes qui fonctionnent.

D'autres leviers d'intégration sont apparus lors de la consultation, dont :

- Le transfert de ressources ou la cession partielle d'activités ayant un impact significatif d'inter-dépendance entre producteurs indépendants;
- Le transfert vers l'instance de 1re ligne des services sociaux hospitaliers, des hôpitaux de jour, de certains services offerts par les cliniques externes;
- L'application du plan régional des effectifs médicaux (PREM) lorsque les effectifs sont davantage liés aux instances locales;
- La mise en place des GMF et leur rattachement à l'instance locale comme partenaires du réseau local;
- L'ouverture à l'évolution possible des ressources chez l'autre producteur de services;
- La déconcentration des services en appui au principe de proximité.

  Éventuellement, la capitation pourrait avoir un effet levier important sur la responsabilité populationnelle.

La révision du découpage territorial actuel n'est pas non plus une requête généralisée. Mis à part les territoires de Portneuf et de Charlevoix, les seuls points de convergence sont :

- ⇨ Le regroupement des territoires La Source et Orléans;
- ⇨ Le regroupement des territoires Sainte-Foy – Sillery et Haute-Ville.

Exception faite des représentations concernant le territoire Orléans (deux territoires, est et ouest), les personnes consultées ne recommandent pas un grand territoire. Il semble que la partition de Québec-Métro pourrait se faire en trois ou quatre territoires. Les options sont cependant multiples. L'homogénéité des clientèles aux fins d'harmonisation et de spécialisation des pratiques est souvent avancée pour justifier le découpage d'un territoire. Des concertations ont souvent déjà eu lieu entre

certains territoires, et la reconnaissance de ces acquis joue beaucoup. Il semble aussi que certains territoires recherchent une adéquation avec les découpages des commissions scolaires ou encore avec celui des arrondissements municipaux.

Le caractère universitaire de la région a aussi été utilisé comme argument du statu quo concernant l'inclusion de l'hôpital dans l'instance locale. Cependant, ce caractère universitaire n'est pas beaucoup argumenté. On parle de rétention des ressources, de statut, un peu d'enseignement et de recherche, et beaucoup plus à partir du volet hospitalier que du volet réseau de services, exception faite de l'argumentaire des gens des territoires Haute-Ville – Des Rivières et Orléans.

Les services à la communauté anglophone ont aussi fait l'objet d'un positionnement d'inclusion de la part des gens du territoire Sainte-Foy – Sillery – Laurentien, alors que la position des représentants du territoire Haute-Ville – Des Rivières est beaucoup plus nuancée. L'instance actuelle de la communauté anglophone reconnaît une différence dans l'achalandage linguistique entre l'Hôpital Jeffery Hale (plus hétérogène), Saint Brigid's Home inc. et le Holland Center, ces deux derniers davantage homogènes.

Peu de discussions ont porté sur les clientèles vulnérables, le partenariat local, la simplicité du cheminement et les leviers réels d'imputabilité comme arguments appuyant la mise en place de réseaux locaux de services. Au sujet de ces leviers, des positions divergentes, moins explicites et moins documentées concernent l'offre de la gamme complète de services, souvent déjouée, comme nous le disions précédemment, par le fait que le citoyen urbain est peu sensible au découpage territorial et à l'imputabilité populationnelle d'une instance locale. Les gens des territoires Orléans, Sainte-Foy – Sillery – Laurentien et Basse-Ville – Limoilou – Vanier sont cependant affirmatifs quant au volet imputabilité populationnelle et quant à la nécessité de l'inclusion d'un hôpital dans l'instance locale.

Il faut remarquer que cette discussion prend une tout autre allure dans les territoires en périphérie géographique de l'agglomération urbaine, tels ceux de Charlevoix et de Portneuf, où la notion de territoire prend plus d'importance. Même les gens du territoire De la Jacques-Cartier s'identifient davantage aux caractéristiques de territoires tels que Charlevoix et Portneuf. On entend aussi un peu de cette argumentation du côté de la partie Côte-de-Beaupré du territoire Orléans. Ces bassins populationnels acceptent d'être desservis par d'autres producteurs de services, mais ils réclament une approche de déconcentration de leurs services : l'effet de proximité. Ce constat s'applique également au secteur de La Malbaie dans la région de Charlevoix, malgré la représentation de certaines personnes qui réclament leur propre instance locale. Les discussions font cependant émerger des problèmes d'organisation de services qui pourraient être réglés par la désignation d'une instance dans Charlevoix.

Lorsque, généralement, on affirme que l'agglomération urbaine de Québec-Métro représente à elle seule une exception à la règle, on réclame, du même coup, beaucoup d'interventions de la part de l'Agence (médiation pour les ententes, accompagnement dans la gestion du changement, maillage dans le domaine de l'information clinique et de gestion, gestion de mécanismes d'orientation tel PECA) comme contrepoids pour atteindre les objectifs de la règle.

Voici les différents positionnements des établissements locaux actuels à l'égard des hypothèses formulées :

Territoire de Portneuf	
Inclusion d'un CH :	l'inclusion d'un CH est difficilement concevable et les représentants du territoire proposent la déconcentration de plusieurs services hospitaliers de base;
Découpage territorial :	maintien du territoire actuel;
Autres considérations :	certains services sont à développer, dont un centre de jour pour le secteur de la santé mentale, etc.; il faut prendre en considération certains facteurs de coûts de production, étant donné l'éloignement de Québec et les pôles de desserte sous-territoriale.

Territoire De la Jacques-Cartier	
Inclusion d'un CH :	plutôt favorables à la conclusion d'ententes avec les hôpitaux. Proposent un conseil d'administration pour l'Hôpital du Saint-Sacrement et l'Hôpital Saint-François d'Assise et la conclusion d'ententes avec tous les territoires;
Découpage territorial :	favorables à l'hypothèse 2; l'homogénéité démographique est une considération importante;
Autres considérations :	se comparent à Portneuf; les GMF apparaissent comme une solution à l'offre de services courants.

Territoire Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	
Inclusion d'un CH :	favorables à l'inclusion d'un CH dans l'instance locale. Elle est une condition d'exercice de l'imputabilité;
Découpage territorial :	retiennent l'hypothèse 2 mais avec l'inclusion du CHUL. La fusion avec le secteur Haute-Ville augmenterait leur taux de réponse aux besoins en hébergement;
Autres considérations :	proposent l'inclusion des établissements anglophones et leur représentation au conseil d'administration.

Territoire La Source	
Inclusion d'un CH :	s'opposent à l'intégration d'un centre hospitalier dans l'instance locale;
Découpage territorial :	ouverts au regroupement avec Orléans;
Autres considérations :	proposent la gestion des budgets pour les services hospitaliers compris dans la gamme de services.

Territoire Haute-Ville – Des Rivières	
Inclusion d'un CH :	ne recommandent pas l'inclusion de CH (la consommation actuelle de services commande, de toute façon, des ententes);
Découpage territorial :	recommandent la fusion de Basse-Ville – Haute-Ville – Sainte-Foy – Sillery, et le regroupement du secteur Laurentien avec De la Jacques-Cartier;
Autres considérations :	plusieurs ententes existantes sont des acquis à protéger; il faut respecter l'homogénéité des clientèles; le caractère universitaire de l'établissement actuel est à protéger; les changements doivent avoir le moins d'impacts possible sur le personnel (la relève).

Territoire Basse-Ville – Limoilou – Vanier	
Inclusion d'un CH :	favorables;
Découpage territorial :	favorisent l'hypothèse 2 avec l'inclusion de l'Hôpital Saint-François-d'Assise, tout en conservant à ce dernier son caractère universitaire;
Autres considérations :	pas d'homogénéité avec le secteur Haute-Ville; souhaitent le moins d'ententes possible.

Territoire Orléans	
Inclusion d'un CH :	sont favorables;
Découpage territorial :	favorisent l'hypothèse 4 mais en incluant deux centres hospitaliers fusionnés : l'Hôpital Saint-François-d'Assise et l'Hôpital de l'Enfant-Jésus pour le territoire est, et le CHUL et l'hôpital du Saint-Sacrement pour le territoire ouest;
Autres considérations :	si l'instance locale ne contrôle pas toute la gamme des services, elle ne peut améliorer davantage les services à sa population; la loi 25 est l'occasion d'un véritable renforcement de la 1re ligne; la taille de la population ou de l'instance n'est pas un problème, elle commande simplement une gestion différente.

Territoire de Charlevoix	
Inclusion d'un CH :	la recommandation de fusion des établissements regroupés est acceptée par l'administration actuelle. Toutefois, le CMDP du CH de La Malbaie demande la création de deux instances locales, car pour eux une seule structure serait trop centralisée et nierait les sentiments d'appartenance;
Découpage territorial :	pas d'enjeu à cet égard pour ce territoire;
Autres considérations :	la région de Charlevoix vit des problèmes d'attraction dus à son inclusion dans une région universitaire, tout en étant éloignée; étant donné l'étendue du territoire, les services doivent être déconcentrés en deux pôles offrant la gamme de services; les indicateurs de suivis doivent être adaptés à leur réalité; veulent le maintien de la mission en déficience intellectuelle.

Consultations au niveau régional

N'eût été des consultations menées auprès des maires et de la communauté anglophone au niveau local, comme nous venons de le voir, nous n'aurions à peu près pas entendu parler de la notion de territoire. C'est davantage autour de la gamme de services et de la taille de l'instance locale que les discussions ont porté. La mission universitaire a aussi fait l'objet de plus de discussions au niveau régional. Quant aux ententes, elles ont été beaucoup discutées comme moyens privilégiés d'assurer la continuité des services.

La tendance demeure forte de ne pas inclure le volet hospitalier au sein de l'instance locale. Mis à part un certain nombre de points de vue exprimés par des représentants municipaux, quelques représentants des usagers et des organismes communautaires, la majorité des personnes rencontrées proposent de ne pas inclure les services hospitaliers généraux et les spécialités de base dans la gamme de services locale ou font montre d'un certain scepticisme quant aux avantages escomptés. Nous avons observé un bon degré de convergence sur cette question entre les syndicats, les professionnels et les administrateurs. Deux arguments de poids sont avancés par les personnes rencontrées : le risque de fragilisation de la mission universitaire (enjeu d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre médicale et enjeu par rapport aux autres RUIS) et la complexité de défaire les quelques résultats obtenus par les fusions qui ont mené au CHUQ et au CHA.

On a aussi perçu une distinction très nette dans les approches, soit entre la 1re ligne, davantage près de l'imputabilité populationnelle, et l'hôpital, davantage centré sur l'imputabilité clientèle. On craint un effet de cascade des responsabilités entre le CH, le CLSC-CHSLD et les organismes communautaires, si l'intégration était complète. Aussi, on craint la force d'attraction des spécialités lorsqu'elles sont trop près des services de 1re ligne : attraction en ce sens que les discussions et les décisions cherchent davantage à attirer l'attention du public et du politique (listes d'attente, urgence, effectifs médicaux spécialisés, etc.).

Cependant, nous avons aussi entendu exprimer la nécessité de revoir le partage des responsabilités au regard de certains services entre la 1re ligne et les centres hospitaliers : on demande plus de pouvoir et de leviers sur la 1re ligne pour les clientèles vulnérables et les services offerts en omnipratique.

L'entente demeure le mécanisme privilégié pour assurer la continuité des services. Des ententes bidirectionnelles (engagement mutuel, tant sur l'offre que sur la demande de services) avec des incitatifs financiers axés sur les résultats, des ententes clarifiant la chaîne de contribution à travers un projet clinique, pour un type de clientèle. Des ententes amorcées par les professionnels, mais conclues par les administrateurs. Mais, en même temps, des attentes importantes envers l'Agence, à la fois pour des rôles de conciliateur, de médiateur et d'arbitre.

On reconnaît le rôle et le pouvoir prépondérant du médecin, et particulièrement du médecin de famille, dans le choix de la trajectoire de services, dans la qualité des ententes de collaboration, très souvent basées sur des relations professionnelles informelles. La porte d'entrée demeure le médecin. Le CLSC arrive derrière et, souvent, ses services sont mal connus des clientèles non vulnérables. Le cheminement n'est pas si clair. Il est souvent associé à la connaissance du réseau ou aux habitudes de pratique du médecin.

L'information, un facteur de continuité, ne suit pas le client. Mais quelle information doit être véhiculée, pour ne pas non plus mettre l'usager dans l'embarras?

Les mégastructures font peur. Les expériences paraissent peu concluantes quant aux bénéfices générés. Cela prend du temps, et souvent le changement arrive plus vite que la consolidation du changement précédent. Même l'hébergement et le maintien à domicile ne semblent pas intégrés, et pourtant ils sont dans la même structure. On évoque alors la fragilité des ressources humaines à travers

l'épuisement professionnel, la détresse psychologique et la capacité de rétention du personnel. On perd trop vite son superviseur de référence, la connaissance de son milieu de travail, qui se transforme sans cesse. Une perte de sens pour certains. Les gens disent qu'ils ne sont pas contre le changement, mais que trop souvent ils le subissent sans être mis dans le coup. Mais, en même temps, ils en réclament très peu. On s'inquiète sur l'effet de brasser à la fois les structures et les cadres (loi 25) et le personnel (loi 25 et loi 30). On fait valoir que peu d'évaluations ont été faites sur les changements précédents, alors qu'on procède déjà à de nouveaux changements.

Mais toutes et tous reconnaissent le défi de la continuité des services.

La communauté anglophone tient à ses institutions, qui sont au cœur de sa survie, et même, revendique les leviers qui lui échappent actuellement, les services de type CLSC. Alors que la communauté anglophone recherche une autonomie complète pour les services de 1re ligne, les communautés allophones cherchent davantage des mécanismes de coordination et d'intégration.

Concernant le territoire, les seules requêtes entendues sont de les faire correspondre le plus possible aux arrondissements. Très souvent, les gens se positionnent sur le découpage du territoire en fonction de leur offre actuelle de service, et ce, s'ils se positionnent.

On distingue deux mondes très différents à travers les CH et la 1re ligne. Deux mondes dans la façon d'exprimer les préoccupations et les enjeux. Même la position du RUIS tend à confirmer l'existence d'enjeux pour les spécialités de même que pour la 1re ligne. Et si l'on ajoute le volet social, on voit apparaître une troisième réalité.

Une discussion très éloignée des préoccupations concernant la continuité des services, la simplification du cheminement et l'imputabilité populationnelle. Beaucoup de déclarations d'accords avec les réseaux locaux, mais pas de réseaux locaux avec toute la gamme de services comme le recherche la règle de la Loi, du moins pour les organisations qui se trouvent sur le territoire de Québec-Métro.

Les positionnements des différents groupes sont les suivants :

- Peu de ligne de convergence par rapport au choix d'une hypothèse chez les commissions régionales et le DRMG, mis à part le positionnement de la Commission infirmière sur la pratique infirmière avancée, comme levier pour revoir le mode d'organisation et de distribution des soins et des services;
- Les organismes communautaires veulent protéger leur autonomie, et expriment la nécessité que leur financement relève de l'Agence et non pas des instances locales et la nécessité de rapports égalitaires dans une relation de partenariat sur le territoire local;
- Des élus municipaux cherchent à rapprocher le réseau de la santé et des services sociaux des municipalités (intersectorialité), par la mise en place de réseaux locaux dont le découpage territorial correspondrait au découpage municipal;
- Des représentants des usagers réclament des trajectoires de services simples et connues. Ils questionnent le moment et la raison du changement;
- Les syndicats convergent vers le statu quo en matière de révision des structures. Ils manifestent une grande sensibilité pour le maintien d'une organisation à dimension humaine et revendiquent l'implication du personnel dans tout changement. Ils expriment la crainte que des changements d'envergure viennent accélérer la détresse psychologique et les départs à la retraite ou vers le secteur privé;
- La communauté anglophone réclame le maintien de ses institutions, et ce, sous sa gouverne;
- Les établissements hospitaliers régionaux et le RUIS réclament le maintien des structures actuelles, craignant la fragilisation importante de la mission universitaire. Les établissements sociaux et de réadaptation régionaux recommandent des ajustements au découpage territorial, qui tiennent mieux compte de leur offre de service.

3. Les véritables enjeux de la région de la Capitale nationale

Lorsque l'on cherche à lier les objectifs visés par la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, la réalité de la région de la Capitale nationale (caractéristiques populationnelles et socio-économiques, habitudes de consommation de services et modèle d'organisation de services) et les principales préoccupations entendues lors des consultations locales et régionales, apparaissent des enjeux qui doivent être pris en compte dans toute recommandation de l'Agence en matière d'organisation de services intégrés.

Nous vous présentons ci-dessous huit enjeux dont le caractère est incontournable et qui demandant une attention particulière dans la confection de la recommandation.

3.1 Des enjeux propres aux territoires de Portneuf et de Charlevoix

Toute proposition de l'Agence qui serait centrée prioritairement sur l'agglomération urbaine de Québec-Métro, sans porter attention aux particularités des territoires de Portneuf et de Charlevoix, pourrait avoir comme conséquence de compromettre les effets recherchés par l'approche des réseaux locaux.

L'approche des réseaux locaux de services s'inscrit bien dans le cadre d'un territoire bénéficiant d'une forte autonomie en ce qui regarde les services de 1re ligne. Portneuf et Charlevoix en sont des exemples. L'éloignement géographique de certains points de services (250 km ou 2,5 heures) par rapport au réseau de services du Québec-Métro a contribué au développement d'habitudes de consommation locale et au regroupement des missions de 1re ligne. Le niveau d'autosuffisance qu'on y retrouve atteint presque 100 %, et ce, pour une large gamme de services de santé et de services sociaux. Cependant, ces deux territoires vivent à l'ombre d'une région universitaire à consonance urbaine. Les caractéristiques de ces deux territoires, nous l'avons vu, diffèrent radicalement de celles de l'agglomération urbaine de Québec.

L'étendue de ces territoires nécessite une approche de déconcentration des services respectant le caractère distinct de pôles de population à faible densité (Portneuf avec quatre pôles et Charlevoix avec deux pôles). Cette déconcentration comporte des effets d'augmentation des coûts qui doivent être considérés dans les méthodes d'allocation de ressources intrarégionale.

Il n'empêche que plusieurs services spécialisés ne sont pas disponibles sur le territoire. L'éloignement des services hospitaliers spécialisés concentrés dans l'agglomération urbaine de Québec requiert une attention particulière pour toute la question de l'accès aux services et pose aussi le défi, dans la mesure du possible, d'aller porter le service plutôt que de déplacer le citoyen.

Enfin, la taille des réseaux locaux de ces deux territoires, à proximité d'une agglomération urbaine, comporte des enjeux d'attraction et de rétention des ressources humaines.

3.2 Les habitudes de consommation de services d'une population urbaine

L'approche des réseaux locaux de services s'inscrit bien dans le cadre d'un territoire circonscrit. Portneuf et Charlevoix en sont des exemples. La rétention des populations sur leur territoire de proximité facilite le cheminement et la trajectoire de services du citoyen.

Dans un milieu urbain à forte densité où tous les services sont présents à moins de trente minutes, le citoyen adopte rapidement ses propres habitudes comme consommateur de services. Les analyses sur l'autosuffisance territoriale ont montré que, malgré l'existence de pôles dominants de desserte (ne dépassant pas 40 % de toute la consommation de services hospitaliers), les citoyens utilisent les services hospitaliers dans toutes les installations de la région, ce qui nous amène à dire que l'emplacement actuel du centre hospitalier n'est pas un facteur prépondérant dans le choix de l'hôpital. Les services de CLSC et les services médicaux en omnipratique (en cabinets privés ou dans une installation du territoire actuel) répondent de façon plus évidente à une logique de territoire local. Environ 70 % et plus des services utilisés en CLSC le sont dans le territoire de résidence, ainsi que 65 % et plus des services médicaux généraux.

Les consultations ont fait ressortir l'importance de tenir compte des habitudes de consommation de la population, en particulier en ce qui regarde les activités en milieu hospitalier. Il est indéniable que le libre choix, principe reconnu par la *Loi sur les services de santé et les services locaux*, favorise la mobilité du citoyen. Le territoire de résidence ne semble pas toujours le premier critère dans la décision de l'usager, et celle-ci tient autant à la proximité géographique des services qui caractérise la ville de Québec, qu'à d'autres facteurs comme le choix du médecin traitant, l'organisation régionale des services ou le lieu de travail de la personne. Un fait demeure, il est souhaité que les services de base soient disponibles à proximité des milieux de vie de la population.

De l'avis général, ce sont des valeurs auxquelles les gens tiennent, et la rétention sur un territoire dans un milieu urbain comme celui de Québec ne pourra jamais venir à bout de cette volonté. Certes, l'inscription de la population auprès des GMF pourrait apporter une certaine correction à la mobilité, mais cela n'empêchera jamais la volonté de la population de garder son médecin, même si elle change de territoire de résidence. La recommandation doit tenir compte de ce phénomène et ne pas prétendre apporter une correction qui aurait, en somme, peu d'effets.

3.3 La délimitation du territoire local en milieu urbain

À l'enjeu du libre choix du citoyen qui vit dans un milieu urbain, s'ajoute celui du découpage géographique du territoire local. Sur quels critères devons-nous nous appuyer pour délimiter le ou les territoires locaux en milieu urbain? Quelques principes généraux ont été énoncés. L'homogénéité des populations habitant un territoire a été présentée comme un critère fondamental pour favoriser l'adaptation des programmes et des services aux besoins de la population. À plusieurs reprises, les personnes consultées ont associé la taille du territoire à celle de l'instance locale. Les attentes à cet égard font état d'organisations à dimension humaine, avant tout préoccupées par l'état de santé et de bien-être de leur population. Le découpage géographique devrait aussi prendre assise sur les acquis en matière d'échanges entre les organisations des territoires actuels.

Dans le cadre des travaux préparatoires à la consultation menés par l'Agence, un des paramètres de base pour définir le territoire était la gamme de services. Ainsi, pour assurer la présence de la gamme de services conformément à la règle générale de la loi 25, le territoire se dessinait à partir de l'inclusion des CHSGS. Cette façon de faire visait une intégration verticale des services, assurant à l'instance locale la mainmise sur les services et les ressources en vue d'assumer son rôle en matière de responsabilité populationnelle. Or, la réalité de l'organisation des hôpitaux de notre région rend difficile l'inclusion de ces derniers au sein d'une instance locale. Si la gamme de services à regrouper ne peut être le paramètre de base dans la définition du territoire local, nous devons identifier d'autres éléments qui guideront la prise de décision.

Dans une région urbaine comme Québec, bien que le territoire soit peu étendu, il existe malgré tout des réalités locales qui doivent être prises en compte pour asseoir toute l'approche du développement des collectivités qui se veut un levier puissant et complémentaire à l'organisation des services pour améliorer

la santé et le bien-être de la population. Cette notion de développement des collectivités commande la participation active de la population et l'implication directe des hauts dirigeants des organisations pour actualiser la concertation intersectorielle requise afin d'agir non seulement sur la trajectoire de services, mais également sur les déterminants de la santé.

Certaines activités ou certains services propres à la 1re ligne auraient avantage à être regroupés sur une base territoriale plus étendue que les territoires locaux actuels. Au cours des dernières années, les CLSC ont mis en commun plusieurs programmes à visée locale : Info-Santé, le parc régional d'aides techniques, la gestion des ressources de type familial et intermédiaires en santé mentale, les services résidentiels pour les personnes handicapées physiques, la santé au travail, etc. Ces modèles de gestion en commun ont démontré qu'il est possible d'aller chercher des éléments d'efficience, tout en conservant une responsabilité populationnelle claire au niveau local.

Cependant, la majorité des services de 1re ligne et l'action du développement des communautés doivent se réaliser sur la base de la notion de proximité des services, traduite dans notre région par la déconcentration des services.

La consultation n'a fait ressortir aucun consensus sur le découpage du territoire. Celui-ci est vu différemment, selon le point de vue des interlocuteurs (nature de la clientèle à rejoindre, caractéristiques démographiques et socio-économiques, dynamique de concertation intersectorielle, habitudes de consommation, réseaux de transport, caractéristiques géographiques, taille de la population, etc.). L'agglomération urbaine de Québec doit-elle être découpée en deux, en trois, en quatre ou en six territoires locaux? Ou encore faut-il préserver son intégrité?

Il nous a semblé que la forte déconcentration actuelle des services de 1re ligne en milieu urbain, notamment par l'accès géographique aux installations de services (hôpitaux, CLSC, CHSLD et cliniques médicales), rendait plus subsidiaire la question du découpage territorial par rapport à celle de l'instance locale. La recommandation de l'Agence doit donc tenir compte de l'ensemble de ces facteurs dans la réponse à la question du découpage du territoire.

3.4 Le maintien de la mission de la 1re ligne au regard de l'inclusion de centres hospitaliers offrant des services spécialisés

L'une des particularités de la région de la Capitale nationale demeure la concentration des spécialités au sein du réseau des hôpitaux. Des critères de qualité et la nécessité de centraliser les pointes d'expertise ont conduit à ces choix d'organisation. Mis à part deux installations (Hôpital du Saint-Sacrement et hôpital Saint-François-d'Assise), l'ensemble des autres hôpitaux possède des activités spécialisées de type suprarégional, variant entre 15 % et 60 % de leur niveau total d'activités.

Dans l'hypothèse d'une fusion des missions CLSC, CHSLD et hospitalières, il est apparu que le poids relatif des activités spécialisées dans les hôpitaux pourrait compromettre la consolidation de la 1re ligne. Mis à part les services d'urgence et parfois les services d'obstétrique, les activités des omnipraticiens qui ont le plus d'impact sur les services de 1re ligne se font davantage à l'extérieur des installations hospitalières. À notre point de vue, le transfert de certaines responsabilités à l'égard de services de type 1re ligne de l'hôpital vers l'instance locale aurait plus d'effets bénéfiques que l'intégration proprement dite du volet hospitalier, davantage spécialisé. Plusieurs services en milieu hospitalier assument des mandats spécifiques d'évaluation ou de liaison et sont dispensés sur une base ambulatoire, requérant des plateaux techniques peu complexes. Nous considérons que l'intégration verticale des services serait grandement améliorée si nous procédions à la réalisation d'un cadre de partage entre les CHSGS et les instances locales pour ce type de services. La question n'est plus de savoir ce qui doit demeurer dans le milieu hospitalier, mais bien plutôt de faire la démonstration de la pertinence, pour le citoyen, d'obtenir tel ou tel service dans l'hôpital plutôt qu'à l'extérieur de l'hôpital.

Dans toutes les discussions sur l'inclusion ou non du volet hospitalier, la situation financière des hôpitaux est venue rapidement au centre des échanges. Malgré toutes les mesures de protection budgétaire des services de 1re ligne, cette question demeure sensible, d'autant plus dans un contexte de rareté des ressources.

3.5 La mission universitaire et suprarégionale

D'après la grande majorité des personnes consultées, la mission universitaire et même le volet suprarégional pourraient aussi être compromis par l'inclusion des hôpitaux dans l'instance locale. Trois établissements offrent la totalité des services hospitaliers dans l'agglomération urbaine de Québec et ils détiennent une mission universitaire. Les médecins spécialistes qui pratiquent dans les six hôpitaux de ces trois établissements tiennent à leur désignation universitaire, entre autres pour des motifs d'attraction et de rétention des effectifs. Deux de ces établissements (CHUQ et CHA) étudient aussi la possibilité d'une intégration, en vue de consolider l'offre de services spécialisés.

Le RUIS, dans son mémoire, précisait qu'il ne pourrait atteindre les objectifs qui lui ont été fixés en matière de formation de la main-d'œuvre médicale et paramédicale (qualité de la formation, objectifs de «diplômation»), si les établissements hospitaliers actuels étaient démembrés en vue de l'intégration d'hôpitaux communautaires dans une instance locale. Dans un contexte où le Québec compte quatre réseaux universitaires intégrés de services, la région de la Capitale nationale ne peut mettre en jeu sa mission universitaire en affaiblissant sa structure hospitalière actuelle. Ces enjeux sont suffisamment importants pour que la recommandation de l'Agence en tienne compte.

3.6 La continuité des services

Tous les participants aux consultations ont reconnu que, dans une région où ni la proximité géographique des services, ni la disponibilité de la gamme de services ne font défaut, la continuité des services devient alors l'un des principaux enjeux de la réorganisation des services. S'il y a un enjeu qui doit être placé au-dessus des autres, c'est celui de la continuité des services. Et pourtant, nous possédons peu d'indicateurs qui nous permettent de la mesurer. Et, à l'instar des enjeux précédents concernant l'inclusion ou non d'un hôpital dans le réseau local, l'enjeu de la continuité des services se pose donc avec encore plus d'acuité .

Les discussions se sont davantage orientées sur la question des ententes et rapidement, les participants ont reconnu la faiblesse relative de celles-ci, lorsqu'elles sont conclues de personne à personne. Un travail important est à réaliser pour mieux structurer ces ententes et l'Agence y aurait un rôle important à jouer.

L'une des dimensions de la continuité des services est la continuité de l'information. Lorsque des actions auront été engagées pour régler le problème de la libre circulation de l'information auprès des personnes autorisées par le citoyen, une bonne partie du problème de la continuité pourra être réglée. Il restera alors à prendre des mesures pour que l'instance locale ayant l'imputabilité populationnelle, détienne les leviers de coordination des services et du cheminement du citoyen dans le continuum de services, du moins pour les clientèles vulnérables. Enfin, l'exercice de cette responsabilité de coordination des services et du cheminement de l'usager sera d'autant plus efficace s'il y a une forte cohésion entre l'instance locale et ses partenaires locaux dont, entre autres, le médecin omnipraticien, la première porte d'entrée aux yeux de la population.

3.7 L'adaptation des services aux besoins de la communauté anglophone

La communauté anglophone fait valoir la nécessité de conserver la gouverne de ses institutions comme un enjeu de sa survie. Dispersée sur l'ensemble du territoire de l'agglomération urbaine de Québec-Métro, la communauté anglophone donne des indications claires sur les difficultés appréhendées d'une intégration à un réseau local :

- La capacité du citoyen anglophone d'être servi dans sa langue (un personnel bilingue);
- La perte de la participation de la communauté dans l'organisation et la prestation des services de 1re ligne, une valeur pourtant recherchée dans un réseau de services;
- La perte d'une approche et d'une imputabilité populationnelles;
- La perte du guichet unique pour une communauté;
- La perte de collaborations intersectorielles acquises.

La Loi ne permet pas cette exception, tout en assurant le maintien de la désignation des installations à l'intention des communautés culturelles. La recommandation de l'Agence doit proposer des mécanismes permettant à la communauté anglophone de trouver des réponses aux difficultés qu'elle appréhende.

3.8 La capacité d'adaptation et de mobilisation des ressources humaines

Cet enjeu aura fait l'unanimité chez les participants aux consultations. Toutes et tous reconnaissent qu'une décision qui ne fait pas de sens pour les personnes qui donnent les soins et les services aura de la difficulté à trouver un terreau fertile, d'autant plus que les changements se succèdent très rapidement depuis quelques années.

L'ensemble du personnel et les organisations syndicales veulent participer à la solution et non seulement en être informés. La question du temps à donner pour changer les choses devient alors importante. Ne pas tenir compte des ressources humaines et de leur capacité d'adaptation et de mobilisation pourrait même porter atteinte à la rétention des ressources humaines, déjà fortement secouées par les changements des dernières années.

La recommandation de l'Agence doit donc être perçue comme une solution efficace aux problèmes actuels, faire sens pour les personnes qui donnent les soins et les services, et proposer des gestes concrets de mobilisation. La recommandation doit permettre de stabiliser les équipes de travail, davantage que d'augmenter la mobilité des personnes d'une affectation à l'autre. L'application en simultané des lois 25 et 30 fait craindre qu'on ébranle à la fois les cadres et les salariés des organisations, ne trouvant plus de porteurs des changements. La recommandation doit vraiment donner le signal d'un modèle d'organisation durable en regard des multiples changements passés, en faisant valoir son sens et sa portée dans le temps et en l'accompagnant de mesures d'évaluation d'impact pour éviter que d'autres changements ne s'ajoutent sans que les précédents aient été documentés.

4. Le projet régional : une approche réseau et d'interdépendance au-delà de nos institutions

Faire du projet régional une approche réseau et d'interdépendance au-delà de nos institutions, c'est accorder au citoyen la primauté d'attention dans l'ensemble de nos choix structurants en matière d'organisation des services. C'est aussi démontrer notre capacité commune, Agence, établissements et partenaires du réseau de services, de s'associer et d'agir en interdépendance, plutôt que de réclamer nos autonomies respectives. Malgré toutes les démonstrations des caractéristiques de la région poussant à réclamer l'exception à la règle, l'obligation de résultats demeure :

- Rapprocher les services de la population;
- Proposer un cheminement simple, tant pour l'accessibilité que pour la continuité des services.

4.1 La vision d'un réseau local

Un réseau, ce n'est pas qu'une structure, mais davantage une dynamique d'acteurs, un espace de construction collective de nouvelles transactions professionnelles, de nouvelles manières d'envisager le travail en commun, de nouvelles valeurs; un espace d'innovation et de créativité où sont renégociés en permanence les rôles et les responsabilités de chacun au profit de la cause de ce même réseau.

Dans cette optique, la cause même de notre réseau, indépendamment que l'on parle de responsabilités de niveaux local, régional ou suprarégional, doit reposer sur l'obligation de résultats de proximité, d'accessibilité et de continuité.

Ce qui sera innovateur dans le projet régional, ce sera de penser le réseau à partir de sa base, à partir de sa dynamique locale.

La gamme de services devant relever du niveau local aura été largement expliquée lors des consultations :

- Prévention, évaluation, diagnostic, traitement, réadaptation, soutien et hébergement institutionnel;
- Services médicaux généraux dispensés par les omnipraticiens;
- Des ressources d'hébergement institutionnel et non institutionnel;
- Sur la base d'ententes ou d'autres modalités de collaboration, des services offerts par les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les pharmacies communautaires et les autres ressources privées du territoire, dont les résidences pour personnes âgées en perte d'autonomie;
- Généralement, des services hospitaliers généraux et spécialisés : urgence, hospitalisation, spécialités médicales locales (anesthésiologie, chirurgie générale, orthopédie et obstétrique–gynécologie, médecine interne, pédiatrie, psychiatrie et anatomopathologie);
- Plateaux techniques et diagnostiques de base : imagerie, radiologie et laboratoire.

Repenser le réseau à partir de sa dynamique locale, dans le respect de la gamme de services devant relever du niveau local, nous contraint à trouver les moyens permettant d'exercer la responsabilité d'imputabilité prévue par la Loi, et ce, indépendamment des choix d'organisation de services. Rappelons-nous que dès l'adoption du projet de loi 25, la mission de l'instance locale (établissement local) venait de changer, soit :

- Offrir les services d'un CLSC, d'un CHSLD et d'un CHSGS, sauf si l'intégration de ce dernier s'avère trop complexe; l'instance devra alors assurer l'accès à sa population à des services hospitaliers généraux et spécialisés;
- Coordonner les activités et les services qui se retrouvent dans chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

À partir du moment où l'on décide d'exclure les hôpitaux universitaires de l'instance locale (établissement local), celle-ci doit toujours s'assurer de pouvoir coordonner avec les autres partenaires locaux, dont les hôpitaux pour leurs activités de 1re ligne, l'offre de service à la population du territoire local. Le rôle d'une instance locale doit demeurer le même, indépendamment des choix touchant sa composition.

Ainsi, toute instance locale (établissement local) dans la région de la Capitale nationale doit offrir :

- Les services et les interventions de santé publique;
- Les services généraux de 1re ligne destinés à l'ensemble de la population;
- Les services spécifiques de 1re ligne (de moyenne et de longue durée) à des clientèles particulières;
- Les services d'hébergement et de soins de longue durée, par la répartition proportionnelle des lits d'hébergement, selon la norme ministérielle de lits d'hébergement et de soins de longue durée, dans chacun des territoires locaux. La responsabilité du mécanisme centralisé d'orientation et d'admission en hébergement sera transférée aux instances locales, seulement après la signature d'une entente tripartite (CH, instance locale, Agence) sur les modalités qui assureront l'atteinte des objectifs ministériels de désengorgement des urgences et de diminution des listes d'attente;
- Les plateaux techniques et les services diagnostiques de base. Sans accroître le degré d'autosuffisance actuel des services de l'instance locale, cette offre de service peut aussi se faire via un achat de services dans l'un ou l'autre des hôpitaux ou auprès de l'entreprise privée. Cette approche commande une réallocation des ressources financières pour permettre cet achat complémentaire de services;
- Les services hospitaliers généraux et spécialités de base, de type :
  - Services sociaux hospitaliers liés à l'hébergement et les soins ou interventions de longue durée;
  - Cliniques de périnatalité;
  - Unités de médecine familiale;
  - Hôpitaux de jour gériatriques;
  - Centres de jour;
  - Unités d'hébergement et de soins de longue durée présentement sous la gouverne des CHSGS et les unités d'hébergement transitoires du CHSP;

Certains autres services visant des clientèles spécifiques, telles la gériatrie active, les cliniques externes de psychiatrie, de gériatrie, de maladies pulmonaires obstructives chroniques, de cancer, d'obésité morbide, etc., pourraient faire éventuellement l'objet d'un transfert de responsabilité. Cependant, une étape préalable d'élaboration de protocoles cliniques est nécessaire pour assurer une trajectoire de services qui précisera les rôles et les responsabilités des différentes lignes de services.

L'Agence entreprendra dès cet automne l'examen de cette approche visant à compléter le plus possible la gamme de services devant être offerte par l'instance locale et, ainsi, à augmenter sa capacité d'assumer sa responsabilité populationnelle.

Associés à un fort maillage avec ses partenaires locaux que sont les médecins omnipraticiens pratiquant en GMF, en UMF ou en cliniques médicales, les organismes communautaires, les pharmacies communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources non institutionnelles (personnes âgées et santé mentale), les ressources privées d'hébergement et de soins de longue durée et les hôpitaux désignés pour les services dits généraux, nous faisons le pari qu'avec le transfert de

responsabilité de l'hôpital vers l'instance locale, cette dernière pourra exercer sa responsabilité en matière d'imputabilité populationnelle, malgré la non-inclusion des hôpitaux dans l'établissement local.

Nous faisons aussi le pari que l'établissement et son réseau local, en détenant pratiquement tous les leviers de l'organisation des services offerts aux personnes âgées et aux personnes qui vivent des problématiques de santé mentale, puissent proposer à ces clientèles prioritaires des cheminements simples, aussi bien pour l'accès que pour la continuité des services.

Les dirigeants de ces établissements locaux devront alors, sans oublier la gestion des ressources qui leur sont confiées, tisser un fort réseau de partenaires pour répondre aux besoins des différents groupes de la population du territoire de gouverne à travers différentes trajectoires de services. Non seulement faudra-t-il protéger et accentuer la déconcentration des services, mais aussi mettre en place des modèles de gestion clinique décentralisés permettant la mobilisation des pôles de population dans une dynamique d'intersectorialité et de développement des collectivités.

Concernant la communauté anglophone, il nous apparaît important de maintenir l'autonomie des services d'hébergement de Saint Brigid's Home inc. et des services de 1re ligne offerts actuellement au Holland Center. La communauté anglophone doit pouvoir continuer de jouer un rôle de gouverne à l'égard de ces institutions en appui à la vie de cette communauté. Les ressources actuellement affectées aux services offerts par le Holland Center devraient être transférées du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières vers l'établissement anglophone. Les ressources d'hébergement de l'Hôpital Jeffery Hale, pour leur part, doivent être transférées à l'instance locale et une entente devra être convenue entre l'instance locale, l'instance anglophone et l'Agence relativement à l'accès aux services diagnostiques ambulatoires et gériatriques. L'Agence fera part au ministre de cette recommandation.

4.2 Les leviers d'interdépendance

Une fois la vision d'un réseau local positionnée, le projet régional ne pourrait être complet sans mettre en place des conditions d'interdépendance entre les réseaux locaux et les producteurs de services régionaux. Les producteurs de services régionaux dont il s'agit ici sont les hôpitaux, le Centre jeunesse de Québec, le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec, le Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et le Centre hospitalier Robert-Giffard.

Le premier levier qui pousse à l'interdépendance est le partage de l'information. Dans tout concept de réseautage, le partage de l'information est l'enjeu principal. Les nouvelles technologies de l'information et des communications permettent ce partage d'information dans la mesure où l'informatisation se fait au-delà des structures et pour les cliniciens. La communauté médicale régionale doit se mobiliser pour mettre en place et réaliser un projet de partage de l'information clinique, avec le consentement de l'usager. L'Agence, comme instance de maillage et d'intégration, doit devenir, à la fois, le courtier et l'agent de sécurité en matière d'information, un courtier qui n'aura pas accès à l'information, mais qui coordonnera les mécanismes d'accès et d'échanges virtuels. La région doit se doter d'une infrastructure et d'une infostructure communes. Le projet du « Dépôt régional de résultats cliniques » doit recevoir un appui massif de la communauté médicale, puis, un engagement hors de tout doute des institutions.

Tout au long des consultations, la majorité des personnes se sont appuyées sur les mécanismes d'ententes en lieu et place d'intégrations structurelles. Il faut reconnaître que, indépendamment des décisions d'intégration, des ententes seront nécessaires entre les organisations.

Dès septembre 2004, l'Agence mettra sur pied un groupe de travail afin de dégager les contenus, qui font qu'une entente produit l'impact attendu, et de proposer un mécanisme de rédaction, d'arbitrage et de suivi pour l'ensemble des ententes. Chaque entente devra viser une clientèle, proposer une trajectoire de services, définir les contributions des producteurs de services, identifier des résultats mesurables

attendus, préciser les investissements consentis par les parties à l'entente et fixer les pénalités en cas de non-respect de celle-ci.

Les organisations devront, par le biais d'une entente-cadre, préciser les ententes à conclure, la priorité de leur mise en œuvre et les délais impartis. Ces ententes-cadres devront faire l'objet d'une résolution des conseils d'administration concernés. L'Agence doit être partie à ces ententes-cadres en vertu du rôle de coordination du processus et d'arbitrage que lui confieront les organisations.

De son côté, par sa responsabilité en matière d'allocation des ressources, l'Agence doit réserver des ressources financières à des processus d'ententes. Pour remplir son rôle de coordination et d'arbitrage, l'Agence doit détenir les leviers de correction, dans l'éventualité où les parties ne respecteraient ni l'entente-cadre, ni les ententes subséquentes.

Enfin, les transferts de responsabilités entre l'hôpital ou tout producteur de services régionaux et l'établissement local ou le démarrage de nouvelles activités reliées à l'accès ou à la continuité des services doivent, dans la mesure du possible, permettre aux ressources humaines d'avoir accès physiquement aux lieux de travail d'un producteur de services à l'autre. À titre d'exemple, le transfert à l'établissement local des équipes de services sociaux des hôpitaux, affectées à l'orientation des clientèles vers des services de 1re ligne, devrait permettre le maintien d'une partie des activités dans l'hôpital. Même chose pour le transfert des unités de médecine familiale, qui ne devrait pas avoir d'incidence de relocalisation, afin de favoriser la cohabitation des ressources et, aussi, de favoriser cette recherche d'interdépendance.

Dit autrement, les immobilisations du réseau régional doivent être perçues comme des lieux de travail à la disposition de l'ensemble des ressources humaines. Le béton a pris une telle importance dans l'organisation des services que les notions de responsabilité et d'imputabilité des services y sont rattachées. Il ne faut pas alors s'étonner que les nouvelles technologies de l'information et des communications, qui délocalisent et dématérialisent, aient tant de difficultés à trouver leur véritable impact dans nos modes d'organisation des services.

4.3 Une région universitaire suprarégionale

Le concept de région universitaire veut faire contrepoids à la perception que le projet universitaire prenne trop l'allure d'un projet strictement institutionnel, médical et de spécialités. Les consultations ont démontré le risque d'affaiblissement de la mission universitaire, du seul fait de l'inclusion des hôpitaux dans l'instance locale, et son effet de déstabilisation sur la main-d'œuvre médicale. Ces mêmes consultations ont démontré que ce risque ne peut être pris lorsque l'on se compare aux autres réseaux universitaires. La région de la Capitale nationale risque gros pour l'ensemble de sa mission universitaire.

En répondant favorablement, par la demande de dérogation à la règle, l'Agence invite le RUIS à relever le défi d'une région universitaire suprarégionale, dans un projet de développement régional. Sans nier la priorité d'action au regard de la formation de la main-d'œuvre médicale, l'Agence invite le RUIS à élargir la mobilisation du réseau de services et à profiter des caractéristiques de la région de la Capitale nationale, une région à forte densité où ni la gamme ni la proximité des services ne font défaut. Une région à consonance à la fois urbaine, semi-urbaine et rurale; une région à la dimension du Québec.

Dans sa responsabilité de former les professionnels de la santé et des services sociaux de demain pour l'Est du Québec, le réseau universitaire intégré de services doit tenir compte que, dans les autres régions, l'instance locale intégrera, règle générale, l'hôpital. Les mesures de renforcement de la 1re ligne et d'interdépendance deviennent alors des conditions de succès de cette mission universitaire.

La région donne la possibilité de relever le défi de l'interdisciplinarité et de rechercher de nouveaux horizons d'organisation des pratiques. La Commission infirmière régionale s'est montrée intéressée, dans le cadre de l'application de la Loi 90, à travailler à de nouveaux concepts de collaboration médecins – infirmières dont les projets de pratique avancée. Ces nouveaux concepts d'organisation de la pratique, qui peuvent aussi s'appliquer à d'autres professions, sont porteurs de solutions dans un contexte évolutif de pénurie quantitative et qualitative de la main-d'œuvre. Nous pourrions innover et prévenir les problématiques plutôt que simplement y réagir.

Cette façon de concevoir le réseau universitaire intégré de services ouvre la possibilité de faire de la région de la Capitale nationale un projet permanent de démonstration d'un système de santé où la recherche, l'enseignement et la prestation de services sont intégrés. Faire du réseau de services un lieu de recherche et d'enseignement, faire de la recherche des occasions d'innovation et d'avancement de l'enseignement et de la prestation de services, faire de l'enseignement des occasions d'amélioration continue des compétences et de préparation de la relève tant pour la prestation de services que pour la recherche : une triple interdépendance.

4.4 La responsabilité populationnelle et le découpage territorial

Les consultations auront permis de distinguer l'imputabilité populationnelle et l'imputabilité clientèle. Les CH et les centres régionaux à mission sociale et de réadaptation s'identifient à l'imputabilité clientèle alors que les CLSC-CHSLD et leurs partenaires locaux s'identifient à l'imputabilité populationnelle.

Le concept d'imputabilité populationnelle est davantage associé à la notion de territoire, dans la mesure où la population s'y identifie naturellement. C'est ce qui amène l'Agence à proposer, en premier lieu, le respect des territoires de Portneuf et de Charlevoix.

La réflexion sur le découpage territorial de l'agglomération urbaine de Québec-Métro est un peu plus complexe. Comment une instance locale identifiée à une partie d'un tout peut-elle être imputable pour la population de ce territoire qui consomme une partie de la gamme des services dits locaux sur d'autres territoires?

Au risque de nous répéter, la déconcentration des services devient plus importante que le découpage du territoire en vue de dimensionner la responsabilité populationnelle de l'instance locale sur les aspects de la proximité des services. Dans la mesure où l'instance locale ne détient pas toute la gamme de services, mais doit procéder par ententes pour assurer l'accès aux services, ce volet de la responsabilité populationnelle n'a pas de relation de cause à effet avec le découpage du territoire. Et dans la mesure où l'enjeu de la continuité des services est réglé en partie par des mesures d'interdépendance entre les producteurs de services, ce volet de la responsabilité populationnelle n'a pas, non plus, de relation de cause à effet avec le découpage du territoire.

Deux approches sont alors possibles pour orienter une décision quant au découpage territorial qui aura conséquemment une influence sur la désignation de l'instance locale et l'application du principe de fusion d'établissements.

La première approche consiste à reconnaître une logique similaire de découpage territorial pour l'ensemble des producteurs de services d'un même territoire. Les producteurs de services régionaux (hôpitaux, centres de réadaptation et Centre jeunesse de Québec) s'adressent à l'ensemble de la population de l'agglomération de Québec-Métro. Dans le même sens, l'établissement local pourrait devenir responsable d'une seule et même offre de service pour la population vivant dans cette agglomération urbaine. Un seul établissement local pour l'agglomération urbaine présente les avantages suivants :

- Harmonisation des programmes des pratiques professionnelles;
- Renforcement de l'équité d'accès à des ressources qui sont actuellement réparties inégalement sur le territoire;
- Consolidation d'une approche uniforme de déconcentration des services;
- Augmentation de la force d'attraction et de rétention des ressources humaines pour un même bassin de main-d'œuvre, tant pour les producteurs régionaux que pour l'établissement local;
- Utilisation, à l'avantage de l'établissement local, du plan régional des effectifs médicaux;
- Consolidation des expertises que des petits établissements locaux ne peuvent s'offrir.

Cette approche présente aussi ses inconvénients :

- Sa capacité de demeurer près des problématiques de plus petits territoires;
- Sa capacité de faire face à des caractéristiques très hétérogènes des populations et d'offrir en conséquence une offre de service adaptée;
- La taille de la structure administrative et le possible éloignement des centres de décision, en cas d'incapacité à décentraliser les leviers de décision;
- Le temps et les énergies qui seront investis dans la mise en place de la nouvelle instance au détriment de la consolidation des services.

La seconde approche consiste à s'appuyer davantage sur le plan de consolidation qui est déjà connu et accepté par les partenaires. Ce plan de consolidation, dans une version améliorée, proposait de découper le territoire en quatre secteurs géographiques :

- Orléans – La Source;
- Québec-Centre;
- Sainte-Foy – Sillery – Laurentien ;
- De la Jacques-Cartier.

Le concept d'imputabilité populationnelle commande une stratégie différente d'intervention. Celui-ci doit inclure, non seulement une vision des soins ou services directs à la personne, dans l'optique du concept d'imputabilité clientèle, mais également une action sur l'environnement et les déterminants qui contribuent, au même titre que l'organisation des services, à améliorer la santé et le bien-être d'une collectivité. Cette vision est alors portée et animée par les décideurs des instances locales. S'il est possible de décentraliser des éléments de décision et de gestion, il devient beaucoup plus ardu de décentraliser une vision qui doit être portée et animée sur les territoires.

Cette amélioration du plan de consolidation, associée à la révision de certaines responsabilités entre l'hôpital et l'instance locale, telle que précédemment définie, donnerait déjà des résultats intéressants sans entraîner des changements structurels d'envergure.

Cette approche conduit, cependant, à des tailles de population des territoires peu équilibrées :

- Orléans – La Source : 199 611
- Québec-Centre : 156 139
- Sainte-Foy – Sillery – Laurentien : 131 247
- De la Jacques-Cartier : 90 850

De plus, cette approche ne permettrait pas une consolidation équitable de l'offre de service entre des instances qui auront à composer avec la mobilité du citoyen sur l'ensemble du territoire pour une partie de la gamme de services devant relever de l'instance locale. Cela amènera une multiplication des ententes et une complexification du fonctionnement en réseau.

La comparaison de ces deux approches permet l'émergence d'une troisième option qui devient l'option de l'Agence : le découpage du territoire de l'agglomération urbaine de Québec-Métro en deux territoires équivalents :

- L'intégration des territoires De la Jacques-Cartier, La Source et Orléans, incluant les adresses civiques 2470 à 2480 du chemin de la Canardière, permettant ainsi de confirmer l'inclusion du Centre d'hébergement Maizerets et l'Unité de médecine familiale dans ce territoire :
  - Population : 290 461;
  - Nombre de postes équivalent temps complet (ETC) : 1 825;
  - Nombre d'installations : 15;
- L'intégration des territoires Sainte-Foy – Sillery – Laurentien et Québec-Centre :
  - Population : 287 386;
  - Nombre de postes équivalent temps complet (ETC) : 2 392;
  - Nombre d'installations : 22;
- Des territoires locaux de même taille;
- Des territoires locaux qui présentent une certaine homogénéité des caractéristiques populationnelles;
- Des territoires locaux qui tendent à produire des effets de rétention possibles face aux habitudes de consommation du citoyen;
- Des établissements locaux en mesure de produire des cheminements plus simples en termes d'accessibilité et de continuité de services, en réduisant le nombre d'ententes de services;
- Des établissements locaux ayant la masse critique nécessaire pour permettre leur évolution dans le concept recherché d'un réseau local en mesure d'exercer son imputabilité populationnelle;
- Un établissement local d'une envergure moyenne et comparable à celle des autres producteurs de services régionaux;
- Des établissements locaux en mesure de faire face aux responsabilités d'établissement universitaire, dans le cadre du projet de région universitaire;
- Des projets de mise en commun et d'harmonisation plus faciles à réaliser du fait qu'il ne reste que deux partenaires locaux dans l'agglomération urbaine.

4.5 L'engagement comme levier de mobilisation

Cette stratégie de mise en réseau d'interdépendance au-delà des institutions, dans le respect des consultations, commande cependant une contrepartie : l'engagement des organisations dans un projet d'ensemble et dans le respect des étapes de révision des rôles et des responsabilités. L'absence d'engagement de la part des partenaires signifierait le renforcement du chacun pour soi et un plus grand risque de faire de la Capitale nationale un réseau de spécialités au détriment de la 1re ligne. Tous les partenaires doivent contribuer et adhérer à un projet de développement régional s'appuyant, à la fois, sur le renforcement de la 1re ligne et la consolidation des services spécialisés. L'Agence et le RUIS devront, ensemble, par l'exercice de leurs responsabilités respectives, coordonner le projet de développement régional.

L'absence d'engagement démontrerait l'erreur d'avoir demandé l'exception à la règle de l'inclusion du volet hospitalier dans l'instance locale.

L'Agence est favorable à appuyer ce projet, dans la mesure où les conseils d'administration actuels et chacune des commissions régionales actuelles, incluant le DRMG, de même que le RUIS, s'engagent avec elle à relever ce défi de mobilisation. Il s'agit de mettre en jeu la capacité de la région d'agir ensemble et de façon convergente, tant dans l'ordre du sens que dans celui des moyens. Il s'agit aussi de s'engager dans un projet commun où la recherche et l'évaluation viendront appuyer les choix stratégiques et démontrer l'atteinte de l'impact et des résultats recherchés. Mais, au premier chef, la mobilisation appartient au premier dirigeant d'une organisation et son équipe de cadres qui doivent communiquer le sens du projet et favoriser une dynamique valorisant la participation de l'ensemble du personnel.

5. La proposition de l'Agence

La règle générale de la Loi préconise l'intégration de l'hôpital dans une instance locale. Le modèle d'organisation hospitalier et la désignation universitaire de tous les hôpitaux de l'agglomération urbaine de Québec ne favorisent pas cette intégration. Le fait de n'utiliser qu'une partie des leviers de la Loi exige une plus grande responsabilisation des partenaires régionaux et implique une plus grande mobilisation et un engagement hors de tout doute des conseils d'administration et des dirigeants des organisations pour atteindre les mêmes objectifs de rapprocher les services de la population et de proposer un cheminement simple, tant pour l'accessibilité que pour la continuité des services. L'obligation de résultats demeure le même, indépendamment des choix de modèles d'organisation de services.

5.1 Le territoire

Considérant l'effet de responsabilité populationnelle recherché dans la décision du découpage du territoire;

Considérant l'importance de porter le moins possible atteinte au libre choix et à la mobilité du citoyen;

Considérant la recherche d'homogénéité du territoire (données populationnelles, socio-économiques et de consommation de services);

Considérant l'importance de ne pas faire de partition des territoires actuels;

Considérant l'importance de rechercher une adéquation avec les autres types de territoires (municipaux et scolaires);

Considérant le vœu exprimé de bâtir à partir des maillages et concertations déjà acquis;

Considérant le large consensus sur le découpage du territoire proposé et les avis favorables reçus : du Comité directeur du projet régional d'organisation de services intégrés, du Département régional de médecine générale (DRMG), de la Commission médicale régionale (CMR), de la Commission infirmière régionale (CIR), de la Commission multidisciplinaire régionale (CMuR), du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (RUIS-UL), du Comité régional pour les programmes d'accès à des services en langue anglaise de Québec et le milieu culturel anglophone, et les avis très majoritaires du Forum de la population et des députés de la région de la Capitale nationale;

IL EST RECOMMANDÉ, CONCERNANT LE DÉCOUPAGE DU TERRITOIRE DE LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE :

- De confirmer le territoire actuel de Portneuf, comme un territoire local;
- De confirmer le territoire actuel de Charlevoix, comme un territoire local;
- De regrouper le territoire actuel Sainte-Foy – Sillery – Laurentien avec le territoire de Québec-Centre, constitué des bassins Haute-Ville, Des Rivières, Basse-Ville, Limoilou et Vanier, afin de ne constituer qu'un seul territoire : Québec-Sud;
- De regrouper les territoires De la Jacques-Cartier, La Source et Orléans, afin de ne constituer qu'un seul territoire : Québec-Nord, y incluant les adresses civiques 2470 à 2480 du chemin de la Canardière, permettant ainsi de confirmer l'inclusion du Centre d'hébergement Maizerets et l'Unité de médecine familiale dans ce territoire.

5.2 L'instance locale et son réseau local

Considérant la nécessité de confirmer une seule instance locale par territoire local;

Considérant la volonté, exprimée lors de la consultation, de ne pas inclure le volet hospitalier dans les instances locales sur le territoire de l'agglomération urbaine de Québec-Métro, pour des motifs :

- de protection de la mission universitaire;
- de difficulté à reconstituer en totalité des centres hospitaliers généraux sans remettre en cause la logique actuelle d'organisation des services;
- de protection de la mission de 1re ligne, eu égard à la répartition des spécialités médicales et suprarégionales dans l'ensemble des hôpitaux;

Considérant la dispersion de la consommation de services hospitaliers et la difficulté de rétention de la consommation de services hospitaliers dans des hôpitaux désignés dans l'agglomération urbaine de Québec-Métro;

Considérant que d'autres mesures que l'inclusion du volet hospitalier seront prises afin de renforcer l'imputabilité populationnelle des instances locales;

Considérant la recommandation de regrouper des territoires dans l'agglomération urbaine de Québec-Métro et son impact déjà important sur le personnel;

Considérant la nécessité de consolider l'organisation des services hospitaliers spécialisés et suprarégionaux;

Considérant l'importance des enjeux pour la communauté anglophone;

Considérant le large consensus à l'égard de l'instance locale proposée et les avis favorables reçus : du Comité directeur du projet régional d'organisation de services intégrés, du DRMG, des commissions régionales (CMR, CIR, CMuR), du RUIS-UL, du Comité régional pour les programmes d'accès à des services en langue anglaise de Québec et la communauté culturelle anglophone, et les avis très majoritaires du Forum de la population et des députés de la région de la Capitale nationale;

IL EST RECOMMANDÉ, CONCERNANT LA DÉSIGNATION DES INSTANCES LOCALES :

- De confirmer le maintien de l'instance locale actuelle sur le territoire de Portneuf;
- De fusionner les établissements du territoire de Charlevoix, actuellement regroupés sous un même conseil d'administration, au sein d'une seule instance locale;
- De demander au ministre d'utiliser l'exception prévue à la Loi, pour exclure les hôpitaux universitaires des instances locales du Québec-Métro;
- De fusionner les établissements suivants du nouveau territoire constitué de Sainte-Foy – Sillery – Laurentien et de Québec-Centre, dans une même instance locale :
  - CLSC-CHSLD Sainte-Foy – Sillery – Laurentien,
  - CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières,
  - CLSC-CHSLD Basse-Ville – Limoilou – Vanier,

  sous la raison sociale de : Centre de santé et de services sociaux Québec-Sud, et de désigner cet établissement « institut universitaire », dans le cadre du développement de la mission

universitaire régionale, en reconnaissance de la désignation universitaire de la mission CLSC du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières, acquise en *1999*;

- De fusionner les établissements suivants du nouveau territoire constitué De la Jacques-Cartier, La Source et Orléans, dans une même instance locale :
  - Centre de santé de la Haute-Saint-Charles,
  - CLSC-CHSLD La Source,
  - Centre de santé Orléans;

  sous la raison sociale de Centre de santé et de services sociaux Québec-Nord, et d'inscrire cet établissement dans la démarche de désignation d'institut universitaire, dès qu'il répondra à l'ensemble des conditions, et ce, dans le cadre du développement de la mission universitaire régionale;
- De faire part au ministre, de l'importance, pour la communauté anglophone, de maintenir son autonomie à l'égard des services d'hébergement et des services de 1re ligne (maintien du conseil d'administration) et d'inviter le ministre à examiner, dans le contexte de l'harmonisation de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la possibilité d'actualiser la proposition de la communauté anglophone qui est supportée par l'Agence :
  - ✓ Fusionner l'Hôpital Jeffery Hale et Saint Brigid's Home inc., sous l'autorité du conseil d'administration actuel;
  - ✓ Transférer, avec les budgets afférents, les responsabilités administratives et professionnelles concernant les lits d'hébergement et de soins de longue durée de l'Hôpital Jeffery Hale à l'instance locale issue de la fusion du CLSC-CHSLD Sainte-Foy – Sillery – Laurentien, du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières et du CLSC-CHSLD Basse-Ville – Limoilou – Vanier;
  - ✓ Transférer à l'instance anglophone, avec les budgets afférents, les ressources du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières assurant actuellement au Holland Center les services de 1re ligne;
  - ✓ Convenir d'une entente tripartite entre l'établissement anglophone, l'instance locale et l'Agence sur la gestion des services diagnostiques, ambulatoires et gériatriques de l'Hôpital Jeffery Hale, pour assurer l'accès à ces services à la population du territoire local.

5.3 Le principe de proximité par une stratégie de déconcentration et de renforcement des services de 1re ligne

Considérant l'objectif de proximité des services recherchée par la mise en place des réseaux locaux;

Considérant que l'analyse de la consommation de services démontre cette déconcentration de services dans le respect des pôles de population;

Considérant les résultats de la consultation, exprimant le désir que soient respectés les pôles de population, indépendamment du découpage du territoire;

Considérant les résultats de la consultation, exprimant le désir de poursuivre les actions de déconcentration des services vers la 1re ligne;

Considérant la recommandation de limiter le découpage du territoire;

Considérant la recommandation de ne pas inclure le volet hospitalier dans les réseaux locaux de services, exception faite du territoire de Charlevoix;

Considérant que certains services étant actuellement sous la responsabilité des hôpitaux doivent être transférés sous la responsabilité de l'instance locale;

Considérant la volonté de l'Agence et de l'ensemble des partenaires de renforcer les soins et services de 1re ligne;

Considérant la volonté de l'Agence et de l'ensemble des partenaires, de renforcer l'imputabilité de l'instance locale, prioritairement à l'égard des clientèles vulnérables;

Considérant la volonté de l'Agence de s'appuyer sur le rapport sur les services de santé mentale (adultes);

Considérant le large consensus sur l'application du principe de proximité et le renforcement de la 1re ligne et les avis favorables reçus : du Comité directeur du projet régional d'organisation de services intégrés, du DRMG, des commissions régionales (CMR, CIR, CMuR), du RUIS-UL, du Comité régional pour les programmes d'accès à des services en langue anglaise de Québec et la communauté culturelle anglophone, et les avis très majoritaires du Forum de la population et des députés de la région de la Capitale nationale;

IL EST RECOMMANDÉ, CONCERNANT L'APPLICATION DU PRINCIPE DE PROXIMITÉ ET LE RENFORCEMENT DE LA 1RE LIGNE :

- Que l'Agence prenne les mesures nécessaires pour s'assurer que les conseils d'administration des instances locales, par voie de résolution, reconnaissent les principes de déconcentration des services et de décentralisation de certains volets de la gestion clinique de l'organisation, dans le respect des pôles de population;
- D'obtenir, des conseils d'administration des établissements régionaux à mission sociale et de réadaptation, l'engagement de poursuivre la déconcentration de leurs services par le biais d'ententes avec les instances locales;

- Que l'Agence prenne les mesures pour assurer le transfert, avec les budgets afférents, de certaines responsabilités de 1re ligne des hôpitaux vers les instances locales, et ce, plus particulièrement concernant :
  - Les services sociaux hospitaliers affectés à l'hébergement et aux soins de longue durée;
  - Les unités de médecine familiale;
  - Les hôpitaux de jour gériatriques;
  - Les centres de jour;
  - Les unités d'hébergement et de soins de longue durée présentement sous la gouverne des CHSGS et les unités d'hébergement transitoires du CHSP;
  - Les cliniques externes de périnatalité;

  et de procéder à l'examen de certains autres services visant des clientèles spécifiques, telles la gériatrie active, les cliniques externes de psychiatrie, de gériatrie, de maladies pulmonaires obstructives chroniques, de cancer, d'obésité morbide, etc., pouvant faire éventuellement l'objet d'un transfert de responsabilité et permettant à l'instance locale d'exercer sa pleine responsabilité, principalement à l'endroit des clientèles vulnérables;
- Qu'après entente tripartite (CH, instance locale, Agence) sur les modalités pour atteindre les objectifs ministériels de désengorgement des urgences et de diminution des listes d'attente, le système d'orientation et d'admission PECA soit transféré de l'Agence, sous la responsabilité des instances locales;
- Que soient répartis entre les instances locales, selon la norme ministérielle, les lits d'hébergement et de soins de longue durée;
- Que l'Agence revoie, avec le Département régional de médecine générale, les ajustements à apporter au fonctionnement et à l'organisation du Département régional de médecine générale, en fonction du nouveau modèle d'organisation de services de santé et de services sociaux intégrés;
- Que l'Agence amorce immédiatement les discussions avec la Commission médicale régionale et le Département régional de médecine générale afin de revoir, pour l'année 2005-2006, l'attribution des effectifs médicaux entre les hôpitaux et les instances locales, dans le but de produire des effets leviers de coordination et d'accès aux services hospitaliers pour l'instance locale, dans le cadre de l'exercice de planification régionale des effectifs médicaux.

5.4 Les ententes et les engagements mutuels

Considérant l'article 25, 2e alinéa de la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux,* concernant la garantie d'accès aux services à offrir à la population d'un territoire local, par le biais d'ententes avec les autres producteurs de services;

Considérant la recommandation de ne pas inclure le volet hospitalier dans l'instance locale et son impact sur le volume d'ententes à réaliser;

Considérant l'importance que prendront les ententes dans l'enjeu de la continuité des services;

Considérant les résultats de la consultation exprimant le souhait de connaître le travail à faire pour mieux s'outiller dans la rédaction et la livraison des ententes;

Considérant les résultats de la consultation exprimant la nécessité de doter la région d'un mécanisme régional d'arbitrage et de suivi des ententes;

Considérant le large consensus à l'égard des ententes et des engagements mutuels et les avis favorables reçus : du Comité directeur du projet régional d'organisation de services intégrés, du DRMG, des commissions régionales (CMR, CIR, CMuR), du RUIS-UL, du Comité régional pour les programmes d'accès à des services en langue anglaise de Québec et la communauté culturelle anglophone, et les avis très majoritaires du Forum de la population et des députés de la région de la Capitale nationale;

IL EST RECOMMANDÉ, CONCERNANT LES ENTENTES ET LES ENGAGEMENTS MUTUELS :

- De demander à tous les conseils d'administration des instances locales issues de l'application de la présente Loi, de prendre engagement sur des ententes-cadres, particulièrement entre :
  - L'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et chacune des instances locales;
  - Le Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec et chacune des instances locales, à l'exception de celle du territoire de Charlevoix;
  - Le Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve et chacune des instances locales;
  - Le Centre jeunesse de Québec et chacune des instances locales;
  - Le CHUQ et chacune des instances locales;
  - Le CHA et chacune des instances locales;
  - L'Hôpital Laval et chacune des instances locales;
  - Le Centre hospitalier Robert Giffard et chacune des instances locales;
- De faire en sorte que ces mêmes ententes-cadres reconnaissent et définissent le rôle de l'Agence en matière de coordination, d'arbitrage et de suivi des ententes;
- De demander à tous les conseils d'administration des instances locales de convenir, avec leurs partenaires du réseau local, avant le 1er avril 2005, d'une entente-cadre définissant le mode de coordination de l'offre de service à la population du territoire, les modes de participation des citoyens aux dynamiques locales dans le respect des pôles de population, les modes de concertation avec les partenaires intersectoriels, ainsi que les mécanismes de communication de l'offre de service et de ses trajectoires;
- Que l'Agence mette en place, dès septembre 2004, un comité de travail ayant pour mandat de proposer à l'ensemble des conseils d'administration, incluant celui de l'Agence, les modalités de confection et de contenu générique des ententes-cadres et des ententes subséquentes, les modalités de fonctionnement des mécanismes d'arbitrage et de suivi des ententes;

- Que l'Agence mette en place, dès septembre 2004, un mécanisme de concertation permettant de soutenir les démarches d'arrimage entre les instances locales et les omnipraticiens;
- Que l'Agence s'entende avec le Réseau universitaire intégré de services sur le partage des rôles et des responsabilités dans le cadre de la réalisation du présent projet de développement régional, et que les deux partenaires en informent, ensemble, les partenaires du réseau régional et des réseaux locaux de services.

5.5 La stratégie de mise en œuvre

Considérant le souhait exprimé et partagé lors de la consultation, de donner aux partenaires le temps de faire les changements nécessaires dans une optique d'évolution;

Considérant la fragilité actuelle des ressources humaines, à la suite des nombreux changements d'organisation de services intervenus dans la région au cours des dernières années;

Considérant les effets combinés de l'application des lois 25 et 30, qui risquent de mettre en péril le bon déroulement du projet;

Considérant l'effet de mobilisation recherché par le projet régional et la nécessité de mettre en place tous les mécanismes favorisant le changement;

Considérant l'importance de maintenir les éléments de partenariat intersectoriels et de prévenir des transferts non pertinents d'activités vers le réseau communautaire;

Considérant le large consensus sur la stratégie de mise en œuvre et les avis favorables reçus : du Comité directeur du projet régional d'organisation de services intégrés, du DRMG, des commissions régionales (CMR, CIR, CMuR), du RUIS-UL, du Comité régional pour les programmes d'accès à des services en langue anglaise de Québec et la communauté culturelle anglophone, et les avis très majoritaires du Forum de la population et des députés de la région de la Capitale nationale;

IL EST RECOMMANDÉ, CONCERNANT LA STRATÉGIE DE MISE EN ŒUVRE :

- D'obtenir un engagement sans équivoque de chacun des conseils d'administration des instances locales reconnues par le ministre, dans la mise en œuvre des présentes recommandations, et ce, dès la première séance suivant la réponse du ministre au projet régional d'organisation de services intégrés de la Capitale nationale;
- Que l'Agence s'appuie sur le Comité directeur du projet régional de services intégrés pour l'élaboration et le suivi de l'ensemble de la stratégie de mise en œuvre basée sur la mobilisation constante de l'ensemble des acteurs de la région;
- Que l'Agence assure la gestion régionale du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) afin de garantir l'autonomie des organismes communautaires et de favoriser le maintien et le développement de relations égalitaires au sein des quatre réseaux locaux constitués pour la région de la Capitale nationale.

5.6 La recommandation adressée au ministre

Considérant le mandat confié à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux par le gouvernement du Québec conformément à la loi 25;

Considérant la démarche menée par l'Agence et le large consensus régional au sujet du projet « Un défi de proximité, d'accessibilité et de continuité »;

Considérant que la Loi permet, exceptionnellement, pour des motifs de complexité, d'exclure un CHSGS de l'instance locale;

Considérant l'importance des enjeux pour la communauté anglophone;

Considérant le large consensus sur la recommandation régionale et les avis favorables reçus : du Comité directeur du projet régional d'organisation de services intégrés, du DRMG, des commissions régionales (CMR, CIR, CMuR), du RUIS-UL, du Comité régional pour les programmes d'accès à des services en langue anglaise de Québec et la communauté culturelle anglophone, et les avis très majoritaires du Forum de la population et des députés de la région de la Capitale nationale;

Considérant qu'en vertu de la loi 25, il revient au ministre de la Santé et des Services sociaux de statuer sur le modèle régional proposé;

IL EST RECOMMANDÉ :

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux approuve le présent modèle régional d'organisation de services de santé et de services sociaux intégrés, constitué de quatre réseaux locaux, contenant les éléments de décision suivants :

- Reconnaître le territoire de Portneuf comme territoire local et confirmer le Centre de santé de Portneuf comme l'instance locale de ce territoire;
- Reconnaître le territoire de Charlevoix comme territoire local et fusionner le Centre hospitalier de la Malbaie, le Centre hospitalier de Charlevoix et le CLSC de Charlevoix, actuellement regroupés sous un même conseil d'administration, au sein d'une seule instance locale pour ce territoire;
- Exclure les hôpitaux universitaires des instances locales du Québec-Métro, en utilisant l'exception prévue à la Loi, et consolider les ententes de services visant les services spécialisés;
- Fusionner les établissements suivants du nouveau territoire constitué de Sainte-Foy – Sillery – Laurentien et Québec-Centre dans une même instance locale :
  - CLSC-CHSLD Sainte-Foy – Sillery – Laurentien;
  - CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières;
  - CLSC-CHSLD Basse-Ville – Limoilou – Vanier;

  sous la raison sociale de : Centre de santé et de services sociaux Québec-Sud, et désigner cet établissement « institut universitaire », dans le cadre du développement de la mission universitaire régionale, en reconnaissance de la désignation universitaire de la mission CLSC du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières, acquise en 1999;

- Fusionner les établissements suivants du nouveau territoire constitué De la Jacques-Cartier, La Source et Orléans dans une même instance locale :
  - Centre de santé de la Haute-Saint-Charles,
  - CLSC-CHSLD La Source,
  - Centre de santé Orléans;

  sous la raison sociale de Centre de santé et de services sociaux Québec-Nord, et inscrire cet établissement dans la démarche de désignation d'institut universitaire, dès qu'il répondra à l'ensemble des conditions, et ce, dans le cadre du développement de la mission universitaire régionale;
- Transférer, avec les budgets afférents, les responsabilités administratives et professionnelles de certains services de 1re ligne des hôpitaux vers les instances locales, notamment pour les services suivants :
  - Les services sociaux hospitaliers affectés à l'hébergement et aux soins de longue durée;
  - Les unités de médecine familiale;
  - Les hôpitaux de jour gériatriques;
  - Les centres de jour;
  - Les unités d'hébergement et de soins de longue durée présentement sous la gouverne des CHSGS et les unités d'hébergement transitoires du CHSP;
  - Les cliniques externes de périnatalité;

  et de procéder à l'examen de certains autres services visant des clientèles spécifiques, telles la gériatrie active, les cliniques externes de psychiatrie, de gériatrie, de maladies pulmonaires obstructives chroniques, de cancer, d'obésité morbide, etc., pouvant faire éventuellement l'objet d'un transfert de responsabilité et permettant à l'instance locale d'exercer sa pleine responsabilité, principalement à l'endroit des clientèles vulnérables;
- Examiner, dans le contexte de l'harmonisation de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la possibilité d'actualiser la proposition de la communauté anglophone, qui est supportée par l'Agence :
  - ✓ Fusionner l'Hôpital Jeffery Hale et Saint Brigid's Home inc, sous l'autorité du conseil d'administration actuel;
  - ✓ Transférer, avec les budgets afférents, les responsabilités administratives et professionnelles concernant les lits d'hébergement et de soins de longue durée de l'Hôpital Jeffery Hale à l'instance locale issue de la fusion du CLSC-CHSLD Sainte-Foy – Sillery – Laurentien, du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières et du CLSC-CHSLD Basse-Ville – Limoilou – Vanier;
  - ✓ Transférer à l'instance anglophone, avec les budgets afférents, les ressources du CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières assurant actuellement au Holland Center les services de 1re ligne;
  - ✓ Convenir d'une entente tripartite entre l'instance anglophone, l'instance locale et l'Agence, sur la gestion des services diagnostiques, ambulatoires et gériatriques de l'Hôpital Jeffery Hale;
- Maintenir à l'Agence le mandat d'assurer la gestion régionale du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) afin de garantir l'autonomie des organismes communautaires et de favoriser le maintien et le développement de relations égalitaires au sein des quatre réseaux locaux constitués pour la région de la Capitale nationale.

5.7 Une réponse en cohérence avec les objectifs de la Loi et les *résultats de* la consultation

Malgré le fait que l'Agence ne recommande pas l'application de la règle intégrale de conception des réseaux de services dans l'ensemble de la région, nous sommes persuadés que la nature des engagements mènera la région à répondre positivement aux objectifs de proximité des services et de simplicité du cheminement.

Il nous apparaît que notre volonté d'en arriver à un consensus régional sur les mesures à prendre, au sortir des consultations, mènera la région de la Capitale nationale dans un processus d'amélioration continue de ses modes d'organisation.

Faire le choix de la déconcentration de services aura des effets mesurables sur le maintien et l'amélioration de la proximité de services que nos citoyens connaissent déjà.

Faire le choix d'agir sur le territoire local améliorera le positionnement de cette gamme de services dans l'offre générale des services à la population.

Faire le choix de relever le défi d'une région universitaire permettra de se démarquer des autres dans l'exercice de notre responsabilité suprarégionale.

Faire le choix de doter la région d'une infostructure au service des professionnels qui donnent les soins et services, et ce, avec le consentement du citoyen concerné, c'est aussi améliorer de façon durable la continuité des services.

L'Agence, dans son plan de mise en œuvre, s'assurera de faire en sorte que ces changements affectent le moins possible les ressources humaines quant à une relocalisation physique de leur lieu de travail et dans la composition actuelle des équipes de travail, premières sources d'identification. Les choix de protection des territoires actuels, de respect de la déconcentration des services et de transferts de responsabilités sans affecter la localisation du travail concourront à cette recherche de stabilisation.

De plus, l'Agence, dans le cadre de la réalisation de son plan de mise en œuvre, exigera des établissements la mise en place de plans de communication et de mobilisation, afin que l'ensemble des ressources humaines et leurs organisations syndicales ou associations représentatives puissent contribuer au projet régional et devenir ainsi porteurs des changements.